

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 - N°

325

APPORT DES THERAPIES COMPORTEMENTALES
A
CERTAINES DYSFONCTIONS SEXUELLES.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 12 Septembre 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain LOUBAT

né le 26 Décembre 1949

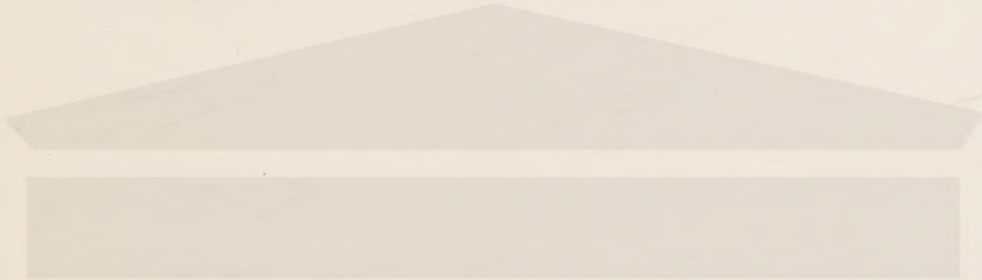
à LYON 6° (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON

- MÉDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1995 - 96



APPORT DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES

&

CERTAINES RÉSOLUTIONS SEXUELLES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THESE

1995/96

Université Claude-Bernard - LYON

et soumise publiquement le 22 Décembre 1995

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain LOUBAT

né le 21 Octobre 1959

https://archive.org/details/IA41554217_0008

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1978 - N°

APPORT DES THERAPIES COMPORTEMENTALES
A
CERTAINES DYSFONCTIONS SEXUELLES.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 12 Septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Alain LOUBAT

né le 26 Décembre 1949

à LYON 6° (Rhône)

UNIVERSITEIT VAN LUYK - LUYK

HEEDS

U. S. S. GRANGE

1910

REPORT OF THE BOARD OF DIRECTORS

A

CONTAINING THE REPORT OF THE BOARD OF DIRECTORS



THESE

1910

UNIVERSITEIT VAN LUYK - LUYK

UNIVERSITEIT VAN LUYK - LUYK

UNIVERSITEIT VAN LUYK - LUYK

1910

UNIVERSITEIT VAN LUYK

UNIVERSITEIT VAN LUYK

UNIVERSITEIT VAN LUYK

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Président de l'Université : Pr. D. GERMAIN

Vice-Président : Pr. E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : M.B. ROUSSET

Troisième Vice-Président : M. P. BRULA

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE : GRANGE-BLANCHE : Directeur M. Le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL : Directeur M. Le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST : Directeur M. Le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD : Directeur M. Le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur Honoraire : M. Le Professeur
A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur M. Le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur M. Le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur M. Le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'U.E.R. M. Le Docteur J.J. COMTET

Directeur : M. A. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur M. Le Professeur P. PICARD

PHYSIQUE : Directeur M. Le Professeur DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur M. Le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur Mle Le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 : Directeur M. Le
Professeur A. VILLE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 : Directeur M. J. GALLET
(Directeur ENSAM)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur Mle Le Professeur G. COMTE-BELLOT

OBSERVATOIRE : Directeur M. G. MONNET (Astronome Adjoint).

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseurs: Monsieur le Professeur Y. ROCHET
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Professeur J. COSNIER

Monsieur le Docteur J. COTTRAUX

A EVELYNE, à ANNABELLE,

A mes parents,

A mes soeurs et à mon frère,

A la mémoire de mon grand'père,

A mes grands'parents,

A toute ma famille,

A tous ceux, a toutes celles qui me sont chers,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR JEAN GUYOTAT

Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous espérons ne pas l'avoir déçu dans la réalisation de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici, le témoignage de notre respectueux et fidèle dévouement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le PROFESSEUR Y. ROCHET

Il nous a fait l'honneur d'être notre juge.
Nous espérons qu'il trouvera de l'intérêt
dans ce travail.

Nous sommes très heureux d'avoir ici l'oc-
casion de le remercier de son enseignement
et de lui témoigner notre fidèle respect.

Monsieur le PROFESSEUR AGREGÉ J. VEDRINNE

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir
juger ce travail.

Nous le remercions pour la bienveillance
de son accueil.

Qu'il trouve ici l'assurance de nos sen-
timents respectueux.

Monsieur le PROFESSEUR J. COSNIER

Nous avons apprécié la qualité de son en-
seignement au cours de notre spécialisation
en séxologie médicale.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance et de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. COTTRAUX

Sa disponibilité, sa compétence en thérapie comportementale, la clairvoyance de ses conseils ont permis la réalisation de ce travail.

Nous le remercions sincèrement de l'aide qu'il nous a apportée.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX,

Monsieur le PROFESSEUR LEVRAT

Monsieur le PROFESSEUR GALY

Monsieur le PROFESSEUR BRUNE

Monsieur le PROFESSEUR PASQUIER

Monsieur le Docteur FOURNET

Monsieur le DOCTEUR ARCADIO

Monsieur le DOCTEUR GANGOIPHE

A TOUS CEUX A QUI JE SUIS REDEVABLE DE MA FORMATION,
ET EN PARTICULIER A

Monsieur le DOCTEUR GIRARDIN

Monsieur le DOCTEUR MONOD

Monsieur le DOCTEUR BROTTES

Monsieur le DOCTEUR BONNEFOND-CRAPONNE

Monsieur le DOCTEUR DUBOR

Ils nous ont guidés avec compréhension et compétence
lors de nos débuts extra-hospitaliers.

P R E A M B U L E

Avant de commencer cette étude, il paraît nécessaire et souhaitable de préciser, dans quel esprit, elle a été élaborée.

De formation omni-praticienne, je ne me présente pas en tant que comportementaliste de longue date. Mais, m'intéressant de près à la pathologie sexuelle, j'ai remarqué au travers de mes lectures et impressions personnelles que certaines dysfonctions dans ce domaine pouvaient être justifiées, avec succès, de techniques relevant de la thérapie comportementale.

Les dysfonctions envisagées ici sont l'insuffisance sexuelle féminine globale et l'éjaculation prématurée. Cette étude n'est pas restrictive et le champ d'application des thérapies comportementales peut être élargi au vaginisme, à la dyspareunie ou à l'impuissance masculine.

Il n'est pas question, non plus, de prétendre que, seule, la thérapie comportementale peut résoudre les dysfonctionnements sexuels. D'autres méthodes, par une approche différente ont fait la preuve de leur efficacité. Selon MARKS (26), l'utilisation simultanée ou successive de différentes techniques peut, d'ailleurs, être indiquée.

Je voudrais terminer, enfin, en précisant que je suis conscient du fait que l'étude d'un seul cas clinique ne possède pas une grande représentativité. J'ai choisi cet exemple car je pense que la dysfonction associée *Insuffisance sexuelle féminine globale/éjaculation prématurée* est la plus fréquemment rencontrée en pratique quotidienne et qu'il pouvait être intéressant de l'aborder sur un plan

comportemental.

L'étude des parutions sexologiques témoigne qu'il existe deux courants conceptuels qui se partagent le domaine de la sexologie clinique.

A une extrémité, une conception d'ordre *pragmatique* est centrée sur le dysfonctionnement sexuel et basée sur une observation instrumentale et expérimentale du comportement sexuel humain.

La traduction clinique est la mise en oeuvre de techniques, principalement de rééducation du comportement dans un contexte de thérapies directives suivant divers modèles théoriques, tel que, par exemple, le modèle béhavioriste.

A l'opposé, il existe une conception plus *discursive*, prenant en cause la signification profonde du symptôme et considérant la sexualité comme englobante. Cet abord est celui d'une sexologie psychodynamique ayant pour références, la métaphysique, la sociologie, la psychologie humaniste et la psychanalyse. Sa traduction clinique est la mise en oeuvre des psychothérapies et des cures psychanalytiques, qui considèrent les troubles sexuels comme "signifiants" dans le cadre des relations intrapersonnelles et interpersonnelles.

Mais ces deux courants ne parviennent pas à être des entités homogènes.

Jusqu'ici, tout essai de réduction de ces deux concepts en un seul n'a eu pour résultat que de renforcer leur opposition.

Il serait, peut être, alors souhaitable, non pas de valoriser un courant par rapport à l'autre, ni de rechercher une fusion utopique, mais plutôt d'établir une *complémentarité* ; complémentarité entre deux pôles ayant chacun une dynamique originale, favorisant une stimulation mutuelle entre l'abord fonctionnel et psycho-dynamique.

Cette notion est mise en pratique, en thérapie, par H.S. KAPLAN (17).

Mais force est de constater avec J. COTTRAUX (4) qu'"un certain nombre d'idées reçues doivent être dissipées, résultat d'un manque d'information mais aussi d'un conformisme ou du maintien des investissements tant financiers qu'affectifs de la classe des "psychistes" ".

C'est dans cet esprit que nous présenterons, tout d'abord, les principales techniques comportementales utilisées dans le cadre d'un cas clinique personnel, à savoir un couple atteint de dysfonctionnement sexuel, puis ~~que nous suivrons~~ l'histoire thérapeutique pour enfin analyser les résultats de la cure comportementale.

ESSAI DE THEORISATION SUR LES PRINCIPALES METHODES

COMPORTEMENTALES UTILISEES DANS LE CADRE DE

CETTE SEXOTHERAPIE

LES ...THÉRAPIES COMPORTEMENTALES

DÉFINITIONS

LE COMPORTEMENT

On peut le réduire au schéma stimulus/réponse.

"Par comportement, il faut entendre l'ensemble des réponses internes et externes que l'homme fait aux événements qui se produisent dans son environnement" J. COTTRAUX (4).

LE BEHAVIORISME

Ce terme vient de l'anglais "behaviorism" et n'a pas d'équivalent en français.

Le behaviorisme n'est pas la science du comportement humain, mais la philosophie de cette science. Ce terme, cependant, est le plus souvent employé pour définir à la fois des recherches et la réflexion philosophique entreprises au sujet du comportement humain à partir des théories de l'apprentissage. On désigne par le terme de "thérapie comportementale" l'aspect pratique de cette notion de behaviorisme.

LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE

Il s'agit de l'utilisation thérapeutique d'une méthode dont les fondements sont les principes de l'apprentissage, et qui est vérifiée en fonction de critères expérimentaux.

"Cette théorie comportementale s'attache à la description, à la comparaison, à l'étude des modifications des comportements et surtout à leur objectivation". GUYOTAT (14)

La thérapie ne cherche donc pas à modifier des symptômes, ce qui lui est souvent reproché à tort, mais des comportements ainsi que leurs composantes relationnelles. Le symptôme n'est étudié qu'au niveau de la gêne qu'il apporte au sujet directement ou indirectement.

Cette méthode thérapeutique est adaptée aux problèmes du patient dans le but de modifier le ou les comportements jugés inadaptés par celui-ci.

L'idée générale est que l'homme réagit à des stimulations de l'environnement et présente des réponses qui peuvent devenir inadaptées en fonction d'un processus de conditionnement.

L'objectif est donc d'éliminer un comportement mal adapté et destructif et de faire apprendre un comportement approprié. Cet objectif est fixé préalablement au traitement.

Cette méthode se concentre plus sur *"l'ici et le maintenant"* que sur les raisons profondes des symptômes présentés.

Le déroulement de cette thérapie est soumis à un certain nombre d'impératifs :

- D'abord une *anamnèse* détaillée est nécessaire afin de délimiter la symptomatologie.

C'est l'analyse comportementale qui précise quand, à quelle fréquence, comment, avec qui et dans quelles circonstances apparaît le comportement inadapté. Le thérapeute tente d'ana-

lyser les séries de réactions qui créent les difficultés du patient dans son environnement. Il choisit alors une méthode appropriée pour modifier ces réactions inadéquates. Cette analyse sert de fil conducteur dans le traitement. Cette approche du problème est comportementale car le contenu de l'analyse est essentiellement l'activité d'un sujet en relation avec son environnement interne ou externe.

- Ensuite les symptômes-cibles sont définis et les buts, élaborés par le patient et son thérapeute, assignés, ce qui constitue un véritable contrat, en général, à moyen terme (trois mois à un an).

Les résultats étant généralement rapides, l'avantage temporel permet de mettre cette thérapie à la portée d'un grand nombre de patients, ce qui n'est pas toujours le cas pour les cures de type psychanalytique ou humaniste.

- Une technique ou un ensemble de techniques sont mis en oeuvre selon un programme établi.

- Enfin, l'évaluation des résultats est établie à partir d'une ligne de base enregistrée au départ.

Cette évaluation se fait en deux temps : en post-cure immédiate et après un follow-up d'un an environ.

Les théories appliquées de l'apprentissage (learning) et leur vérification expérimentale, la psychophysiologie et la psychologie sociale sont à la base de

ces thérapies.

En conclusion, nous pouvons définir, suivant MEYER (citer in), les thérapeutes qui utilisent cette approche comme *"étant guidés par les principes de l'apprentissage, qu'il s'agisse de s'adapter au comportement du malade, d'essayer de comprendre sa demande ou de formuler un traitement. Il s'ensuit que les thérapies comportementales ne doivent pas être perçues comme une sélection de techniques que l'on pourrait ajuster à des malades ni comme une approche dérivée d'une quelconque théorie abstraite de l'apprentissage, mais comme une théorie flexible qui fait appel à des principes relativement bien établis et basés sur des études expérimentales"*.

APPLICATIONS A LA SEXOLOGIE CLINIQUE

CZYBA, COSNIER, GIROD et LAURENT (8) considèrent le comportement sexuel humain comme un phénotype sexuel socio-culturel, ce facteur socio-culturel intervenant d'une manière capitale sur le plan comportemental dans la réalisation du programme génétique.

La thérapie sexuelle est comportementale dans la mesure où elle prend en charge les facteurs environnementaux, interpersonnels qui agissent pour maintenir la dysfonction sexuelle. Dysfonction sexuelle considérée comme une *"inhibition acquise"* selon MARKS (26), tandis que la réaction sexuelle

est une réponse naturelle "*inconditionnée*" KAPLAN (18).

Cette conception comportementale prend une grande importance dans les nouvelles thérapies sexologiques dites directes (LO PICCOLO (25)) ou actives (KAPLAN (17)), soit qu'elle inspire le traitement dans sa totalité comme chez LO PICCOLO et WOLPE (40), soit qu'elle en forme le cadre d'application comme chez MASTERS et JOHNSON (29).

Selon GRANGER (12), l'analyse comportementale des dysfonctions sexuelles doit se faire à trois niveaux :

- Au niveau de l'aspect physiologique en éliminant les causes physiologiques éventuelles.
 - Au niveau de l'aspect psychologique, en évaluant la possibilité de problèmes psychiques majeurs du sujet, - ce qui contre-indiquera alors la sexothérapie en premier lieu - et en estimant l'état général de la relation du couple.
 - Au niveau de l'aspect sexuel, en évaluant celui-ci à l'aide d'entretiens, puisque l'observation directe est peu utilisée pour des raisons éthiques évidentes. Il faut s'informer sur l'histoire de l'apprentissage sexuel, sur l'attitude familiale, puis sur le comportement sexuel présent et sur le vécu subjectif qui s'y rattache.
- Les symptômes-cibles seront dégagés et les buts établis entre thérapeute et patient. Enfin une ligne de base, spécifique à chaque cas, sera dressée afin d'évaluer les résultats à court et long terme.

ZWANG et ROMIEU (41) distinguent, dans cette analyse, trois caractères bien particuliers :

- *L'intrication des symptômes.*

Ceci est vrai principalement pour l'éjaculation prématurée et l'insuffisance sexuelle féminine. L'éjaculateur prématuré n'est pas encouragé à mieux faire, vu l'indifférence de sa partenaire. Si un homme n'a pas une érection suffisamment durable, la femme deviendra peu à peu " frigide " et refusera les caresses qui lui procuraient du plaisir auparavant. Son partenaire ne tardera pas alors à être atteint d'une véritable éjaculation prématurée.

- *La stéréotypie des échecs*

C'est toujours à un même moment de rapports entrepris selon le même rituel que se produit l'échec. Les partenaires, selon ZWANG et ROMIEU (41), "se cramponnent désastreusement à une conception "administrative" de l'activité sexuelle qui ne peut être que le coït vagino-pénien en posture "classique" et doit rester la seule source d'orgasme réglementaire et honnête".

- *L'engrenage néfaste de la pathologie fonctionnelle.*

ZWANG et ROMIEU (41) déclarent que "l'angoisse est la grande ennemie du parasympathique pelvien et, tout particulièrement, cette attention anxieuse que les humains appliquent à leur réaction sexuelle dès qu'elle leur donne des soucis".

Nous avons vu comment la conception comportementale pouvait être transposée dans le domaine de la sexologie clinique, mais de nombreux auteurs s'interrogent quant à la durée de guérison après cure comportementale, à la possibilité d'un déplacement de symptôme, au vécu psycho-affectif se greffant sur le comportement érotique.

Les deux principales critiques formulées à l'encontre d'une sexothérapie, d'après un modèle comportemental, sont l'objectif prioritaire de cure du symptôme sexuel d'une part, la non-résolution des conflits inconscients, d'autre part.

Nous avons déjà répondu à la première critique en déclarant que c'était le comportement inadapté, et non le symptôme, qui tendait à être modifié.

En ce qui concerne la seconde critique, elle semble être injustifiée au vu des résultats.

En effet, en psychanalyse, tout doit passer par le canal verbal. Et ce langage verbal, en contribuant à l'élaboration des affects, autorise l'émergence de conflits archaïques dont le sujet peut alors saisir le sens.

Mais, à la lumière des travaux des behavioristes, il apparaît que l'expérience corporelle peut, au même titre que la verbalisation, permettre au patient la résolution de ses conflits inconscients. En confrontant le sujet à des sensations qu'il évitait jusque là, en lui faisant prendre conscience de son enveloppe corporelle, de ses sensations érotiques, de ses attitudes inadaptées, le thérapeute provoque, la plupart du temps, chez le couple une amélioration rapide et durable de son comportement et de sa relation sur le plan sexuel.

ETUDE COMPORTEMENTALE

DE

L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

DEFINITION

Vu la diversité des capacités sexuelles humaines, il est difficile d'établir un critère rigoureux de ce qui constitue une éjaculation prématurée. KINSEY (20) a tout d'abord défini celle-ci comme l'incapacité de retarder l'éjaculation au-delà d'une minute après l'intromission.

Son enquête, vers les années 40, révélait que 75% des Américains déclaraient obtenir l'éjaculation dans un délai de deux minutes après le début du coït. Puis, récusant ce critère de durée, MASTERS et JOHNSON (29), à la lumière de leurs travaux expérimentaux, donnèrent une nouvelle définition qui sert de référence actuellement : éjacule trop vite, l'homme qui dans plus de 50% des rapports sexuels se retire avant d'avoir satisfait sa partenaire. Il ne s'agit donc pas d'une éjaculation qui survient très tôt, mais trop tôt par rapport à la physiologie érotique de la partenaire.

LES DIFFÉRENTES ÉTIOLOGIES :

On les retrouve fréquemment associées.

La principale semble être *l'anxiété* liée aux rapports sexuels, anxiété qui a souvent été acquise dans des situation d'apprentissage sexuel où la honte et la crainte d'être surpris prédominaient. De nombreux auteurs le soulignent.

En effet, selon MASTERS et JOHNSON (29), les premières expériences d'éjaculation sont déterminantes. Les

premiers rapports avec des prostituées où seul prévaut le rendement donc la rapidité, les premières relations sexuelles nouées dans la crainte d'être surpris conditionnent le comportement sexuel ultérieur.

Un autre facteur important d'éjaculation prématurée est la pratique régulière du *coût interrompu* en tant que méthode contraceptive.

L'homme n'éprouve plus la nécessité d'apprendre à se contrôler et conditionne ainsi les deux partenaires à considérer le vagin comme un simple stimulant pour l'homme.

Une troisième cause non négligeable est due à *l'éducation* et à *l'environnement socio-culturel* de ces dernières décennies.

En effet, on peut considérer l'existence de l'équation : compétence sexuelle/rapidité de l'éjaculation coïtale comme résultant d'un apprentissage culturel avec prédominance des prérogatives masculines.

La femme était la servante passive du plaisir de son mari.
"Elle était le réceptacle que l'on devait remplir le plus rapidement possible " CREPAULT (?).

Mais aujourd'hui, on reconnaît à la femme, peu à peu libérée des interdits qui l'opprimaient, le droit à l'orgasme ou tout simplement au plaisir.

L'homme compétent devient donc celui qui peut contrôler son éjaculation afin que sa partenaire puisse obtenir le maximum de satisfaction érotique.

Mentionnons, enfin, comme dernière étiologie,

l'insuffisance sexuelle féminine et en particulier le rôle passif que celle-ci peut conserver tout au long de sa vie conjugale. La femme étant en position d'indifférence, de refus ou de passivité vis-à-vis du rapport sexuel, son partenaire n'est plus conditionné positivement à faire durer la relation érotique et perd, de ce fait, peu à peu, son contrôle éjaculatoire.

Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive des différentes étiologies mais que ce sont les plus fréquentes.

DYNAMIQUE ÉROTIQUE DE L'ÉJACULATEUR PRÉMATURÉ

L'anxiété dominant chez l'éjaculateur prématuré, la rapidité de l'orgasme devient alors le but exclusif du contact sexuel au détriment des autres sensations et de l'aspect affectif de la relation.

Il se constitue un schéma de comportement sexuel égocentrique se traduisant par une intromission immédiate et une éjaculation rapide.

Le conditionnement aidant, l'habitude demeure.

Il est intéressant de constater que toute la réaction érotique est focalisée sur le pénis, le reste du corps, restant, pour ainsi dire, en dehors.

Par ailleurs, il nous faut remarquer que l'éjaculation prématurée n'intervient le plus souvent que lorsqu'il existe une pénétration active de l'homme. En effet, il est rare de constater une éjaculation précoce lors d'une fellation ou

d'une masturbation effectuée par la partenaire. Nous expliquons ceci par le fait que, dans ce type de rapport, l'homme est mis dans l'obligation de se confier à la femme et d'admettre son rôle passif. L'homme peut donc s'abandonner à des sensations de plaisir globales, l'éjaculation n'étant plus son centre d'intérêt principal.

Lors du coït, par contre, l'homme éjaculateur prématuré, détenant le rôle actif, investit uniquement son pénis et surveille avec attention la conjonction penis-vagin qu'il semble diriger de l'extérieur.

Il y a alors incompatibilité entre cette concentration active sur le pénis et l'abandon nécessaire à un rapport sexuel satisfaisant.

Quant à la décharge orgastique, elle se manifeste, non par des contractions convulsives de tout le corps, mais par une fixité corporelle ou "*frisson cataleptique*" CREPAULT (?). Cette notion aura une grande importance dans les thérapies envisagées.

CONSÉQUENCES

L'anxiété, caractérisant l'éjaculateur prématuré, dont l'importance augmente parallèlement au trouble, risque d'amener progressivement le sujet à un état d'impuissance secondaire. L'éjaculation prématurée et parfois l'impuissance secondaire se répercutent sur le comportement sexuel de la

partenaire, qui, frustrée, réagira alors, avec dédain, indifférence ou agressivité. Cette réaction aggravera encore un peu plus le trouble initial et le cercle vicieux se refermera. Enfin, si la partenaire se refuse totalement à toute activité sexuelle, l'éjaculateur prématuré, avec la continence, a toutes les chances de perdre le minimum de contrôle qu'il conservait encore.

ETUDE COMPORTEMENTALE

DE

L'INSUFFISANCE SEXUELLE FEMININE GLOBALE

DEFINITION

D'un auteur à l'autre, la définition de la frigidité connaît des variations importantes : froideur pour les uns, anesthésie sexuelle pour les autres, blocage du désir pour certains ou inaptitude à l'orgasme comme semble le penser MASTERS et JOHNSON (29).

Considérant que le terme de frigidité, de par son étymologie, convient surtout aux femmes dont le comportement sexuel témoigne d'une altération du désir érotique, nous emploierons le terme *"d'insuffisance sexuelle globale"* pour désigner l'ensemble *anaphrodisie/anorgasmie*.

H. KAPLAN (18) cerne bien le problème en définissant l'insuffisance sexuelle globale comme *"une inhibition de l'éveil général de la sexualité : absence de sensations érotiques et présence d'une réponse vaso-constrictive au cours de la situation sexuelle. Il n'y a pas de lubrification, le vagin ne se dilate pas et le plateau orgasmique ne se forme pas"*.

LES DIFFERENTES ETIOLOGIES

D'après MASTERS et JOHNSON (29), *"les troubles ne sont pas dus seulement à des influences subies pendant les années de formation sexuelle, mais aussi à toutes les occasions ultérieures d'imprégnation, de conditionnement et à l'accumulation des expériences"*.

Toujours selon ces mêmes auteurs :

"Les influences socio-culturelles placent le plus souvent la femme dans une situation où elle est contrainte d'adapter, de sublimer, de refouler ou même de dévier sa capacité naturelle

de fonctionner sexuellement pour remplir le rôle qui lui a été assigné génétiquement".

Et de conclure : *"C'est là que se situe la source principale du dysfonctionnement sexuel de la femme".*

Les dysfonctions sexuelles féminines sont donc des perturbations - *"appprises"* - des réponses psycho-physiologiques qui accompagnent le comportement sexuel.

Après élimination des facteurs, proprement organiques, ELLIS (citer in) propose deux sortes de causes : les causes interpersonnelles et intrapersonnelles.

Nous préférons suivre la classification de TORDJMAN (38) en présentant les trois causes essentielles affectant le désir sexuel de la femme qui aboutissent, le plus souvent, à une inhibition de la réponse orgasmique, puis les causes plus spécifiques de l'anorgasmie. Il est habituel de retrouver, dans l'insuffisance sexuelle globale, une intrication de ces différentes causes qui retentissent l'une sur l'autre.

Première cause : le conflit intrapsychique chez la femme.
 A l'origine de ce conflit, on retrouve habituellement la répression de la sexualité féminine.

TORDJMAN (38) déclare que *" les impératifs socio-culturels font obligation à la femme de se confiner dans un comportement sexuel dépendant et passif, ce qui a pour effet d'inhiber l'expression de ses besoins physiologiques".*

L'éducation parentale vise le plus souvent à empêcher de naître les désirs et besoins sexuels, surtout chez la petite

fille, en interdisant les expériences sensorielles, les comportements préparatoires de motricité, le toucher, qui conduisent à la découverte et à l'exploration de sa propre sensualité et notamment à l'autro-érotisme qui est l'une des clefs de la sexualité féminine adulte.

Selon Betty DODSON (9) :

"La masturbation constitue notre vie sexuelle primaire. Elle est notre base sexuelle. Tout ce que nous pouvons faire à partir de là ne dépend que de notre choix pour socialiser notre vie sexuelle."

A ce propos, Shere HITE (15) nous livre quelques réflexions de femmes qui prouvent l'importance de l'auto-érotisme dans l'établissement d'une sexualité satisfaisante.

"La masturbation est importante parce qu'elle permet à la femme de s'aimer vraiment, de s'occuper d'elle-même totalement : c'est une façon naturelle de se mettre en relation avec son propre corps".

"La masturbation m'a aidée à savoir ce qu'il fallait faire pour avoir un orgasme et à connaître les stades d'excitation que je traverse".

"Comment peut-on aimer et satisfaire un partenaire, si on n'est pas capable de se satisfaire soi-même ?"

La rapport HITE révèle que presque toutes les femmes ont été prévenues contre la masturbation par leur éducation.

Enfin une deuxième origine au conflit intra-psychique peut être proposée : c'est la tendance homosexuelle mais celle-ci reste peu fréquente.

Deuxième cause : la dysharmonie de couple ou maladie conjugale.
Celle-ci entraîne une monotonie, une routine importante au sein de la vie quotidienne, qui retentit sur la sexualité. Les mêmes séquences sexuelles, les mêmes rituels sont répétés semaine après semaine ; l'imagination érotique disparaît totalement et se transforme en ennui.

Troisième cause : le déconditionnement de l'acte sexuel.

Plusieurs facteurs traumatisants ou frustrants peuvent être à l'origine de ce déconditionnement.

Notons, tout d'abord, la possibilité d'une inhibition engendrée par une éducation sexuelle inexistante ou marquée du sceau du péché.

Des situation traumatisantes réelles ou imaginaires survenues pendant l'adolescence, telles que viol, exhibitionnisme, inceste peuvent stopper l'apprentissage érotique.

Une première expérience sexuelle mal vécue peut intervenir dans le même sens.

Enfin signalons la responsabilité de l'homme dans l'apparition des dysfonctions sexuelles féminines. L'homme inexpérimenté, ne sachant pas créer un climat érotique de valeur, imbu d'une fausse image de la virilité, réduit la relation sexuelle au seul coût inéluctable.

L'éjaculateur précoce, l'impuissant, eux aussi interviennent en provoquant peu à peu une suppression du désir chez la femme et une aversion de toutes les stimulations érotiques.

LES CAUSES SPÉCIFIQUES DE L'ANORGASMIE

L'angoisse, facteur d'échec, est la première de ces causes.

L'angoisse de perdre le contrôle de soi est incompatible avec l'apparition de l'orgasme qui suppose un laisser-aller, un bien être général.

Sur un autre plan, la présence du père joue un rôle considérable dans l'équilibre affectif des enfants et dans leur équilibre sexuel ultérieur car la capacité orgastique d'une femme est en relation étroite avec les souvenirs qu'elle conserve de l'attitude de son père envers elle.

Un père absent, défaillant, un climat familial insécurisé retentissent durement sur sa vie sexuelle d'adulte.

Enfin, la responsabilité du partenaire est dans ce cas-là, également évidente. Actuellement le

rapport sexuel a un objectif bien défini : l'orgasme des deux partenaires. Que la femme ait quelques difficultés et l'homme se sent remis en question dans l'image de sa virilité, ce qui entraîne un climat d'insécurité peu propice à l'abandon de l'expérience orgasmique pour la femme.

DYNAMIQUE ÉROTIQUE

La femme atteinte d'insuffisance sexuelle globale se prête bon gré, mal gré, aux exigences du devoir conjugal en espaçant petit à petit les rapports, sous divers prétextes.

Elle *"ne sent rien"* et s'ennuie au cours de l'acte sexuel.

Une dyspareunie peut même apparaître par défaut total de lubrification.

CONSÉQUENCES

Cette inhibition de l'éveil à la sexualité entraîne,

en général, au bout d'un certain temps, des réactions de peur, de répulsion, de colère qui peuvent aboutir à l'évitement complet de tout contact physique avec le partenaire.

PRINCIPALES TECHNIQUES UTILISEES

LE CONDITIONNEMENT OPÉRANT

SES PRINCIPES

Une partie importante des thérapies comportementales est issue du modèle d'analyse expérimentale développé par SKINNER (36) : *c'est le conditionnement opérant.*

Les principes du conditionnement opérant décrivent les relations entre le comportement et les conditions d'environnement qui agissent sur ce comportement. Les interactions entre l'organisme et le milieu comportent trois aspects :

- . circonstances d'émission du comportement :
c'est le *STIMULUS DISCRIMINATIF*,
- . le comportement lui-même :
c'est la *REPONSE*,
- . les conséquences de la réponse qui constituent :
LE RENFORCEMENT.

LE STIMULUS ET LA REPONSE

Dans le conditionnement opérant, SKINNER (36) a mis en évidence que la réponse entraînait une conséquence de la réponse. Une réponse de type opérant est donc contrôlée par ses conséquences.

On peut schématiser le conditionnement opérant de la façon suivante :

STIMULUS → REPONSE → CONSEQUENCE DE LA REPONSE

Nous voyons donc que le patient reproduira ou supprimera la réponse en fonction de la conséquence de cette réponse.

LE RENFORCEMENT NEGATIF

Si la conséquence de la réponse entraîne la suppression d'un inconvénient, le patient sera renforcé à reproduire cette réponse.

Par exemple, prendre un imperméable lorsqu'il pleut permet au sujet de ne pas se mouiller, lui évite donc l'inconvénient de la pluie. Il sera alors renforcé à prendre un imperméable toutes les fois qu'il pleuvra.

On peut considérer que toute la première partie de la sexothérapie envisagée ici fonctionne sur ce mode de renforcement négatif.

En effet, il s'agira de montrer au sujet qu'en ayant des comportements différents de ceux qu'il a habituellement, certains inconvénients disparaissent.

Pour s'installer, le renforcement négatif demande donc la présence d'un événement aversif qui peut être supprimé après l'émission d'une réponse.

LE RENFORCEMENT POSITIF

Toujours sur le modèle :

STIMULUS → REPONSE → CONSEQUENCE DU COMPORTEMENT,

dans le renforcement positif, la conséquence du comportement provoque un bénéfice pour le sujet qui a obtenu une réponse donnée, ce qui, comme précédemment, renforce celui-ci à renouveler ce type de réponse.

Par exemple, un photographe qui prendrait des photos en réglant bien son appareil, en prenant son temps, obtiendrait des clichés nets, bien cadrés et sera de ce fait renforcé à prendre encore plus de temps et encore plus de soins à préparer ses prises de vue ultérieures.

La deuxième partie de la sexothérapie sera basée principalement sur ce renforcement positif. Elle aura pour but de faire découvrir au sujet que certains comportements lui apportent des bénéfices.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES ENVISAGEES

*"La sexualité naît avec le plaisir
et le plaisir naît d'un jeu avec
le souvenir de la satisfaction".*

S. LECLAIRE (22)

En général, après plusieurs échecs à l'occasion de leurs relations sexuelles, les partenaires anxieux, échappent à tout rapport sexuel, puis les évitent de

plus en plus.

Ce comportement d'évitement renforce alors la réponse d'angoisse dans un premier temps, mais peu à peu, lorsque les rapports se font de plus en plus rares, cet évitement est renforcé négativement par l'élimination de l'anxiété due à l'absence de rapport.

Dans un premier temps la thérapie consistera donc à renforcer négativement les deux partenaires en leur montrant qu'en ayant des comportements différents, l'inconvénient, en l'occurrence l'anxiété disparaît.

On veillera donc, tout d'abord, particulièrement à dédramatiser, à banaliser leur problématique sexuelle, en leur exposant leur mécanisme d'évitement et ses conséquences.

Puis l'on s'attachera à leur donner une *information scientifique et objective sur la sexualité*, en leur prescrivant certains ouvrages de vulgarisation (COMFORT A. (2), TORDJMAN (37)) qu'ils pourront consulter chez eux et qui serviront de support à des entretiens ultérieurs avec le thérapeute qui pourra alors éclaircir les points demeurés obscurs.

Cette information objective a l'immense avantage de favoriser la communication verbale dans le couple et entre le couple et le thérapeute.

L'anxiété à ce stade de la thérapie a, le plus souvent, considérablement diminué, ce qui permet d'envisager la phase suivante qui est la *prise de conscience corporelle générale*, à l'exception des organes génitaux. Cette prise de conscience apparaît facilement en combinant relaxation simple du type training-autogène de SCHULTZ (33) expériences sensorielles et auto-effleurage corporel.

La relaxation est un excellent préparatif à une désensibilisation systématique éventuelle, tandis que l'auto-effleurage, en prétextant une reconnaissance anatomique du corps (reliefs osseux, organes par exemple) permet au sujet de prendre possession de son enveloppe corporelle et de défocaliser sa sexualité de la région génitale.

Le quatrième stade est la *prise de conscience auto-sexuelle*.

Cette prise de conscience doit être indépendante de la notion de plaisir sexuel.

On peut la diviser en trois niveaux :

. La prise de conscience morphologique :

l'image sexuelle. Elle intervient à la suite d'une exploration visuelle et tactile de son propre sexe.

L'emploi du miroir est indispensable.

On intégralise cette prise de conscience par la perception d'informations multiples, telles que la couleur, la forme, le modelé, la consistance.

. La prise de conscience *masculaire*. Elle est réalisée par des exercices de gymnastique abdomino-pelvienne et péri-vaginale pour la femme (KEGEL (19)).

. La prise de conscience des *masses profondes* chez la femme. Le thérapeute prescrit un massage génital quotidien, le soir au coucher, à l'aide d'une crème neutre.

Ces différents stades seront effectués progressivement sans brutalité et sans dépasser le rythme d'intégration du sujet.

Dans un deuxième temps, il s'agira de renforcer positivement les deux partenaires en leur montrant que certains comportements ont une conséquence agréable.

La seconde partie de la thérapie comprendra donc :

. *La rééducation auto-sexuelle* avec apparition du plaisir masturbatoire.

. *La restauration du désir hétérosexuel*, avec tout d'abord reprise du contact corporel global. C'est le Sensate Focus I de MASTERS et JOHNSON (29), puis reprise du contact sexuel : c'est le Sensate Focus II.

En parallèle, des techniques d'affirmation de soi peuvent être employées pour favoriser ce renforcement positif.

Nous voyons donc que la quasi-totalité d'une sexothérapie de type comportemental agit suivant les principes du conditionnement opérant.

Il est toujours nécessaire de renforcer, en premier lieu, les patients, négativement, puis positivement.

LE DÉCONDITIONNEMENT CLASSIQUE PAVLOVIEN

SES PRINCIPES

C'est à PAVLOV (32) que revient la paternité des premières théories scientifiques de l'apprentissage, fondées sur des travaux expérimentaux.

Il s'aperçoit que chaque fois que l'on vient apporter de la nourriture à un chien, celui-ci salive dès qu'il entend le bruit des pas. La réponse innée de salivation devant la nourriture est placée sous le contrôle d'un nouveau stimulus : le bruit des pas.

En faisant donc précéder le stimulus inconditionnel d'un stimulus conditionnel et en répétant plusieurs fois cette association, on peut transformer la réponse inconditionnelle innée en une réponse apprise conditionnelle déclenchée par le seul stimulus conditionnel.

Cette réponse apprise conditionnelle finira par s'éteindre si elle n'est pas renforcée par la représentation du stimulus inconditionnel après un certain nombre d'essais.

Cette théorie de PAVLOV, mécanique et calquée sur la psychologie animale est reprise par WATSON en 1913 qui invente le mot "*Behaviorisme*", puis par SKINNER (36) en 1973 ; celui-ci met en évidence le conditionnement opérant, qui a lieu après la réponse et s'adresse au système nerveux central.

Ces deux types de conditionnement sont bien distincts car, dans le conditionnement Pavlovien, la réponse est la

conséquence inévitable du stimulus et l'organisme subit la réponse.

SES APPLICATIONS A L'EJACULATION PREMATUREE

SEMANS (34), le premier, en 1956, établit une similitude entre le réflexe conditionné chez le chien et le réflexe conditionné d'éjaculation précoce chez l'homme. Il propose alors une technique de déconditionnement. Il demande à la femme de stimuler le pénis de son partenaire jusqu'à ce que celui-ci ressente les sensations prémonitoires de l'éjaculation, puis la masturbation est arrêtée tant que ces sensations persistent et ainsi de suite jusqu'à ce que la stimulation puisse être longuement tolérée.

C'est la technique de la "pause".

Puis MASTERS et JOHNSON (29) mirent au point le "*SQUEEZING*", technique plus élaborée et plus probante, appelée aussi "*squeeze distal*".

La femme stimule le pénis de son partenaire et lorsque celui-ci signale qu'il est sur le point d'éjaculer, sa conjointe comprime fortement le gland de part et d'autre de la couronne, ce qui a pour effet de stopper le besoin d'éjaculer. Cette technique est d'abord pratiquée extra-vaginalement, puis lors du coït. Elle a donc pour but de réduire graduellement l'excitation du pénis.

Le "*squeeze*" vise à déclencher un réflexe

inhibiteur, se situant entre l'érection et l'éjaculation, par une sensation quasi douloureuse.

Cet exercice répété à plusieurs reprises pourra progressivement donner au partenaire masculin une meilleure conscience de la dissociation possible entre érection et éjaculation.

Cette méthode a donné d'excellents résultats : 97,3% pour MASTERS et JOHNSON (29).

Cependant des réserves sont actuellement émises à propos de cette technique :

- L'arrêt des sensations éjaculatoires est concomittante à une baisse de l'érection.

Chez un sujet déjà traumatisé par une éjaculation prématurée, cette chute d'érection peut entraîner une impuissance secondaire.

- La méthode met le sujet sous la dépendance de sa partenaire, donc de sa bonne ou mauvaise volonté.

- Le problème de l'éjaculation prématurée se situe principalement au moment de la pénétration. Ainsi le " *squeeze* " pratiqué au cours du coït ne permet qu'un contrôle relatif, la partenaire étant obligée de ressortir le pénis afin d'effectuer la compression.

C'est pourquoi nous préférons utiliser la méthode du GUILLERM (13), dérivée du " *squeeze* " de MASTERS et JOHNSON.

Cette technique désignée sous le terme de " *Squeeze proximal* " a pour intérêt :

- . de pouvoir être pratiquée par l'homme seul,
- . de pouvoir être pratiquée au cours du coït,
- . de ne provoquer qu'une faible baisse de l'érection.

La compression ne se fait plus au niveau du gland, mais sur la tige de la verge (voir schéma 1). Elle a pour effet, non de bloquer la transmission des stimuli tactiles enregistrés par le gland, mais la contraction des muscles éjaculateurs.

Au cours du coït, l'homme peut donc continuer son "*squeeze proximal*" in situ sans être obligé de se dissocier totalement de sa partenaire.

Malgré l'intérêt thérapeutique d'une telle méthode, nous pensons que le *squeeze* qu'il soit distal ou proximal n'est qu'un "*accessoire*" et qu'il ne peut résoudre à lui seul durablement une éjaculation prématurée. Il aurait même parfois une incidence néfaste sur le vécu érotique de l'homme.

En effet, on peut observer, lorsque l'on étudie celui-ci chez certains éjaculateurs prématurés "guéris" grâce au *squeeze*, un amoindrissement de leur plaisir orgasmique et un appauvrissement de leur satisfaction sexuelle.

Le *squeeze* en tant que méthode distractive, va à l'encontre de l'implication et de l'abandon total nécessaires à la relation sexuelle. Cette rétention éjaculatoire prolongée a toujours pour effet de briser le rythme naturel de la réponse érotique (CREPAULT (7)).

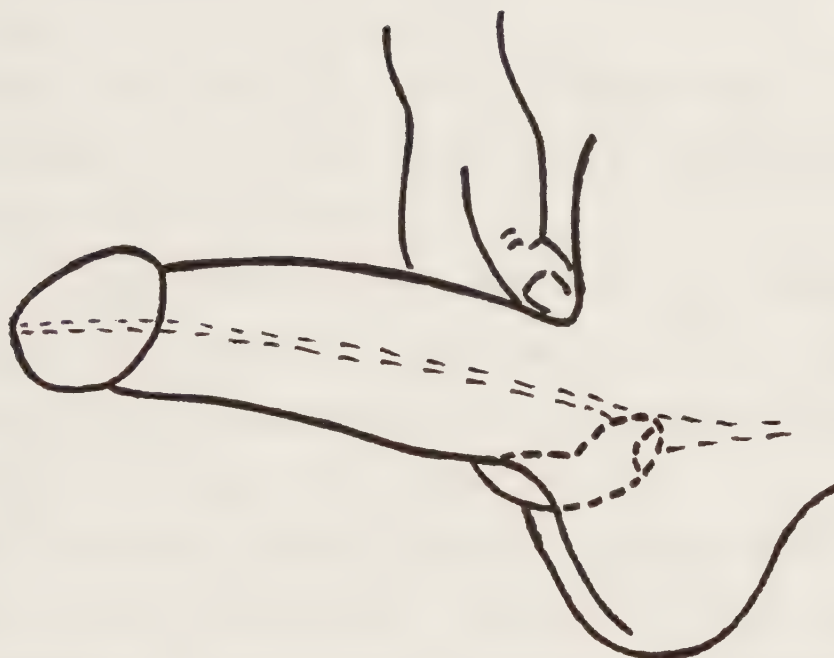


SCHÉMA 1 - TECHNIQUE DU SQUEEZE PROXIMAL

D'APRÈS GUILLERM (13)

Nous pensons donc que cette méthode doit s'insérer dans un cadre beaucoup plus vaste, comprenant la thérapie rationnelle émotive qui éliminera la séquence stéréotypée de l'acte sexuel, le développement de la sensorialité générale par exposition graduée in vivo, les techniques d'affirmation de soi.

Toutes ces techniques visant à défocaliser la réaction érotique du pénis pour l'élargir à l'ensemble du corps physique et psychique.

En effet, d'après CREPAULT (7), l'excitation érotique chez l'homme part du génital, diffuse aux régions corporelles périphériques et se canalise à nouveau au génital au moment de l'éjaculation.

Tout le corps est pour ainsi dire énergisé et constitue une unité fonctionnelle, tandis que chez l'éjaculateur prématuré, l'excitation érotique se concentre au génital et y demeure.

Le "squeeze" tout en étant fort intéressant ne peut donc être qu'une technique d'appoint , selon nous.

LA DESENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE suivant la technique dérivée de WOLPE (40).

RAPPEL A PROPOS DU TRAINING-AUTOGENE DE SCHULTZ (33)

Il s'inspire de l'hypnose. On tente d'obtenir par un apprentissage très ritualisé, un état d'autohypnose volontaire, fractionné, appelé "*auto-décontraction concentrative*", basé sur la concentration sur une partie du corps et le renforcement auto-suggestif des sensations qui y sont liées.

Le thérapeute suggère au patient, allongé ou assis dans un fauteuil, des sensations de lourdeur : "Mon bras est lourd, mes jambes sont lourdes, tout mon corps est lourd" ; de chaleur ; des sensations relatives aux battements cardiaques : "Mon coeur bat calme et fort", au contrôle respiratoire, à la chaleur abdominale et à la fraîcheur du front.

Le thérapeute réitère plusieurs fois chaque suggestion que le sujet est invité ensuite à se répéter mentalement. Sur le plan thérapeutique, on obtient rapidement une détente, "*un effet tranquillisant*", une diminution de la résonnance émotionnelle des affects. L'état de relaxation aboutit à une déconnexion.

Cette méthode est alors utilisée le plus souvent comme plate-forme de départ en désensibilisation systématique.

CONTENU DE LA DESENSIBILISATION SYSTEMATIQUE

C'est probablement la méthode comportementale la plus connue. On peut faire un parallèle avec le traitement de désensibilisation en allergologie par exposition du patient à des doses progressives de l'allergène en commençant par la concentration la plus faible.

Le principe consiste à travailler en *INHIBITION RECIPROQUE* entre l'anxiété et la relaxation qui est elle-même l'antidote de l'anxiété. En effet, lorsque l'on plonge une personne en état de relaxation et que l'on fait en sorte de l'y maintenir, elle ne peut s'angoisser. La réponse de relaxation est physiologiquement incompatible avec la réponse d'anxiété.

Le principe de la désensibilisation systématique est donc d'exposer, par la pensée, une personne à des situations phobogènes, mais dont la conséquence phobique ou angoissante sera toujours inhibée réciproquement par la relaxation musculaire et psychique, telle qu'elle est décrite dans le *TRAINING-AUTOGENE* de SCHULTZ (33).

En partant d'un état de relaxation simple, on présentera, à l'esprit du patient relaxé, des images-items, causes de son anxiété, hiérarchisées lors d'entretiens préliminaires avec le thérapeute et qui suivront une progression très lente, partant de l'item 0 ; item 0 qui entraîne chez le sujet un état de bien-être, de décontraction qui se surajoute à sa relaxation ; puis après expo-

sition d'une minute, le sujet est invité à effacer cette image et on lui présente une image item 1 légèrement phobogène. Au bout d'une minute, le sujet oublie cette image et on lui en présente une autre légèrement plus phobogène que la seconde. Et ainsi de suite... A chaque présentation le degré de relaxation comparé à celui de l'anxiété doit nécessairement toujours être dominant. Lorsque en cours de traitement, le sujet semble sortir de sa relaxation, il est invité immédiatement à effacer cette image et on lui représente l'image précédente. Par commodité, un code gestuel est auparavant établi entre le thérapeute et le patient. Dès que celui-ci sent l'anxiété apparaître, il peut, par exemple, lever la main ce qui permet au thérapeute de connaître plus précisément le retentissement des différents items. Le fait que le sujet émerge de sa relaxation, même très légèrement, prouve que la distance franchie entre l'item précédent et l'item qui a entraîné le début d'anxiété était trop importante. On devra donc essayer de trouver des items intermédiaires entre le dernier item qui a conservé la relaxation et l'item qui a entraîné un début d'anxiété. L'objectif est d'obtenir en fin de traitement la possibilité d'une exposition tout d'abord mentale, puis réelle dans la situation la plus phobogène possible qui a été exposée par le patient, lors de son arrivée, lorsque la ligne de base a été établie. Il est important que le sujet au cours de la thérapie puisse s'exposer dans la réalité à des situations similaires à celles qui ont été proposées sous relaxation.

En effet cette désensibilisation systématique semble n'être efficace que dans la mesure où elle confronte le sujet à la situation qu'il redoute. On devra donc tenir compte de la réalité pour construire la progression des items et ne pas proposer sous relaxation des items irréalisables. Le sujet devra suivre la progression sans dépasser ce qui a été travaillé, sinon il se retrouverait dans une situation excessivement angoissante, puisque non désensibilisée et il serait renforcé d'une manière plus importante à l'évitement.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES ENVISAGEES

La relaxation type training-autogène qui sert de support à la désensibilisation systématique a déjà un effet thérapeutique en elle-même, dans les dysfonctions sexuelles, car elle élimine une part importante de l'anxiété provoquée par le trouble sexuel. Nous l'utilisons donc systématiquement.

En effet l'échec sexuel est une fonction de l'anxiété surtout chez l'éjaculateur prématuré.

Cette relaxation musculaire peut être induite par un thème musical et une injonction verbale de détente, d'apaisement. Mais la seule relaxation ne suffit pas le plus souvent. Il convient alors de lui associer une désensibilisation systématique surtout en présence de phobies précises.

Lors des premiers entretiens, sont étudiées, avec

le patient, les situation sexuelles, les fantasmes phobogènes, sources d'angoisse.

Des items progressifs sont établis et présentés, au cours de chaque séance, au patient sous relaxation.

Ces méthodes donnent, en quelques séances, d'excellents résultats chez les insuffisants sexuels et les éjaculateurs prématurés.

Mais cette désensibilisation suppose une ambiance favorable, donc le confort, le calme, la solitude et le silence.

Dans un premier temps, l'agression sera vécue psychiquement, puis dans un deuxième temps, elle sera recrée matériellement, en n'oubliant pas de ne jamais progresser dans les items anxiogènes sans avoir surmonté l'anxiété de l'agression précédente et de ne jamais passer au temps matériel avant d'avoir totalement surmonté le temps psychique.

Nous verrons ultérieurement comment nous avons désensibilisé, en quelques séances, une phobie du pénis en érection.

L'AFFIRMATION DE SOI

SES PRINCIPES

Selon J. COTTRAUX, S. GAUTHIER et L. BECHELLI (5) il s'agit *"du maniement adéquat de l'expression émotionnelle et affective ainsi que de la capacité à défendre ses droits sans léser celui des autres"*.

Etre assertif consiste à avoir la réaction que l'on considère comme adaptée à la situation en ne montrant ni passivité, inexpression ou évitement, ni agressivité. Cette méthode n'a pas pour objectif de faire comprendre au sujet *pourquoi* il présente les troubles dont il se plaint, mais de lui permettre de voir *comment* il peut parvenir à s'en libérer.

La technique la plus employée est le *JEU DE ROLE*. Les diverses étapes ont été codifiées. Le patient joue son propre rôle et le thérapeute , ou un autre membre du groupe si la thérapie s'effectue en groupe, jouera le rôle du sujet avec lequel le patient présente des problèmes de communication et d'assertivité.

Parfois ceci est insuffisant et l'on devra utiliser le *MODELING*, ou apprentissage par imitation, qui consiste à montrer au sujet un exemple du comportement qu'il devrait avoir.

Le thérapeute ou une autre personne, jouera le rôle du patient, celui-ci essayant dans un deuxième temps d'imiter

ce qui lui a été montré.

Plusieurs scènes devront souvent être jouées pour que le sujet parvienne d'une part à se rapprocher le plus possible de l'image qui lui a été présentée et d'autre part à intégrer cette image à sa propre personnalité et à son propre désir.

Dans un même ordre d'idées, le magnétoscope, ou vidéoscope, peut être utilisé avec succès, soit en présentant un modèle au patient, soit en montrant à celui-ci les défauts qu'il présente dans son comportement.

Une autre méthode consiste à inverser les rôles et à faire jouer au patient le rôle du sujet avec lequel il a des problèmes d'assertivité, et à une autre personne le rôle du patient.

Ainsi ce dernier vivra ce qui l'angoisse, ce qui l'inquiète et de ce fait l'inquiétude, l'angoisse diminuent, le patient ayant ressenti le vécu de l'autre.

Ayant le plus souvent affaire à des sujets peu sûrs d'eux-mêmes, le thérapeute devra mettre l'accent sur les traits positifs du jeu de rôle pratiqué par le patient, les manques n'étant relevés que d'une façon non traumatisante.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES ENVISAGEES

Les techniques d'affirmation de soi agissent à plusieurs niveaux :

- Les couples atteints de dysfonctionnement sexuel n'ont plus ou n'ont jamais eu, aucune communication verbale sur le plan sexuel. Cette absence de verbalisation se transporte alors facilement dans le domaine quotidien. Les techniques d'assertivité telles que le jeu de rôle en présence d'un thérapeute de sexe opposé, le modeling, permettent alors au patient *"de se voir tel qu'il est dans le présent en comprenant comment il peut adopter une nouvelle stratégie relationnelle, pouvoir dire - voici ce que je suis, ce que je sens, ce que je veux, ce que j'aime -"* COTTRAUX, GAUTHIER, et BECHELLI (5). Cette restitution d'une communication verbale est capitale. Elle entraîne un sentiment de sécurité, une baisse de l'anxiété et prépare le terrain de la reprise de la communication corporelle ultérieure.

Dans un dysfonctionnement sexuel, l'amélioration de la *qualité de la relation conjugale totale*, provoquant une augmentation du sentiment de sécurité et une baisse de l'anxiété, semble être, au long cours, l'agent thérapeutique le plus efficace .

- Il est fréquent de constater que le patient atteint de dysfonction sexuelle engendre chez son partenaire une réaction d'agressivité. Le patient s'en défendra alors par une augmentation de son état de passivité. Or les techniques d'affirmation de soi permettent aux deux partenaires un maniement adéquat de leurs émotions et affects.

- La femme présentant une insuffisance sexuelle globale est le plus souvent incapable de "*se prendre en main*", de se sentir responsable de son plaisir sexuel. Le *Modeling*, les jeux de rôle peuvent l'aider à acquérir cette autonomie.

- En général les couples malades se replient sur leurs problèmes et ont tendance à fuir toute vie sociale. Le *Modeling* en proposant d'autres modes relationnels, en permettant une aisance sociale plus grande, un élargissement de la vie quotidienne, agit concrètement sur la problématique sexuelle.

MASTERS et JOHNSON (29) allèguent que les changements importants du point de vue social s'accompagnent de changements réels dans l'expression sexuelle.

Les techniques d'affirmation de soi, non indispensables dans certains cas, sont toujours bénéfiques dans le déroulement d'une cure sexothérapique.

L'EXPOSITION GRADUÉE IN VIVO

SES PRINCIPES

Cette technique fait appel au *FLOODING*. Le *FLOODING* ou immersion, est utilisé principalement dans le cas de sujets ayant un comportement d'évitement, tels que sujets phobiques, obsessionnels. J. COTTRAUX (6) obtient un taux actuariel d'amélioration de 73% entre 6 et 9 mois de post-cure.

Cette technique est basée sur le principe suivant : une personne qui évite, en reprenant le schéma de SKINNER (36) se trouve, lorsque le stimulus phobogène risque de se produire, en situation de début d'angoisse. Si sa réponse est d'éviter la situation, l'anxiété tombe. Le sujet est donc renforcé négativement à éviter puisqu'il perd l'inconvénient de l'anxiété.

Ces sujets ont souvent, antérieurement, essayé de rester exposés à la situation phobogène. Mais ayant quitté, toujours trop tôt, le lieu phobogène, ils ont laissé monter leur anxiété et ont donc été renforcés de plus en plus à échapper, puisque rester exposé signifiait pour eux, une aggravation de cette anxiété.

Comme le décrit COTTRAUX (3), le *FLOODING* part du principe qu'un sujet mis en situation phobogène et maintenu en contact du stimulus suffisamment longtemps, de l'ordre de trois quarts d'heure à trois heures, voit sa courbe d'an-

l'anxiété augmenter atteindre un plateau, puis décroître pour atteindre une valeur nulle.

En répétant plusieurs fois cette expérience, le sujet peut perdre la réaction conditionnée d'angoisse et d'évitement.

Un sujet qui accepte la situation jusqu'à son terme sera renforcé à rester dans cette situation qu'il évitait auparavant, puisque son anxiété, tombant au bout d'un certain nombre de minutes ou d'heures, il s'aperçoit que le fait de ne pas éviter n'entraîne pas systématiquement l'augmentation de l'anxiété jusqu'à des tensions insupportables.

Il est essentiel de ne pas arrêter un *FLOODING* trop tôt, sinon on obtiendrait le résultat inverse ; la personne se trouvant dans la phase ascendante de la courbe serait renforcée d'une façon beaucoup plus importante à éviter cette situation phobogène.

Lors d'une exposition en *FLOODING*, la personne devra elle-même noter tous les quarts d'heure son degré d'anxiété.

On utilise en principe une échelle de 0 à 8 (0 pas d'anxiété, 8 anxiété maximum). On peut utiliser les expositions à des situations progressivement phobogènes.

Au fil des séances, l'anxiété diminue pour pratiquement disparaître.

On pourra passer alors à une situation plus phobogène dans un deuxième temps.

L'EXPOSITION GRADUEE IN VIVO, variante du *FLOODING*, utilise une procédure de façonnement progressif, ou *SHAPING* de la situation, où le maximum d'intensité anxiogène est atteint par approximation successive au cours de séances où tout ce qui va dans la direction de l'affrontement est encouragé. Il faut remarquer qu'il ne s'agit pas d'une désensibilisation, car le sujet n'est pas relaxé.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES ENVISAGEES

En sexologie clinique, il s'agit d'entreprendre une exposition graduée in vivo aux différents stimuli anxiogènes que représente l'ensemble de la rencontre sexuelle.

Cette immersion fractionnée s'effectue en deux étapes principales. La première concerne chaque partenaire séparément. La seconde place ceux-ci en présence, en relation.

On procède par exposition à des situations progressivement croissantes dans le degré d'anxiété.

Cette exposition est basée sur des exercices érotiques dirigés qui servent souvent, en outre, de révélateur des sentiments conscients ou inconscients (TORDJMAN (38)).

Le thérapeute doit avoir un rôle d'autorité. Il est celui qui prescrit positivement.

Outre son effet direct sur la reprise de rapports sexuels satisfaisants, dans les insuffisances sexuelles féminines, l'impuissance et l'éjaculation prématurée, cette

exposition graduée in vivo agit, par ailleurs, bénéfiquement.

Elle facilite ou permet *la reprise de la communication du couple au plan infra-verbal* où chacun consent en alternance à *donner et recevoir*.

Elle augmente la *sensorialité générale*, mettant en cause les organes des sens et principalement le toucher.

Elle permet aux deux partenaires de mieux se comprendre à travers leurs corps, le vécu du corps les ramenant à *l'ici et au maintenant*.

Elle assouvit leurs diverses tendances exhibitionnistes, voyeuristes profondément refoulées.

Elle supprime, enfin, *le caractère inéluctable du coût* lors d'un contact physique.

Nous divisons la première étape de l'exposition graduée en trois stades.

Nous débutons par une *confrontation livresque ou audiovisuelle* de la sexualité personnelle et relationnelle. A cet effet nous utilisons des ouvrages spécialisés comme nous le verrons dans le chapitre consacré à la thérapie rationnelle émotive. Cette information objective permet une induction verbale de chaque partenaire et représente l'approche la moins anxiogène de la sexualité.

Nous passons ensuite au *stade d'élargissement de l'étendue sensorielle para-sexuelle*, basée sur une rééducation sensorielle progressive, corporelle, cognitive et imaginative. Il s'agit de la *constitution du corps érotique*.

Dans les déficiences sexuelles, la sphère génitale n'est pas seulement en cause. *"Ce sont les rapports avec le corps tout entier qui sont perturbés et qui empêchent l'accès à un véritable érotisme"* LOBROT (23).

Cette rééducation sensorielle s'effectue sur deux plans. Le premier est *corporel* et est caractérisé par la pratique quotidienne de multiples expériences de contact avec les sens. Cette prise de conscience est introduite au début de chaque séance de relaxation, en invitant le patient à écouter sa tactilité, son goût, sa vision, son audition, son odorat par des exercices divers puis nous lui demandons de l'appliquer dans sa vie de tous les jours, en se concentrant sur ses sensations.

Le deuxième plan, *imaginatif et cognitif* est abordé en invitant le patient à imaginer la forme d'un corps, à se souvenir du contact du soleil, du sable sur sa peau nue par exemple, à anticiper le plaisir escompté d'une situation particulière.

Ces exercices favorisent en outre l'élaboration de la vie fantasmatique.

Enfin, l'on s'intéresse au *stade auto-sexuel*.

Nous le divisons en deux parties :

- Une première, concernant principalement la partenaire féminine, consiste à faire apparaître une *prise de conscience morphologique et musculaire* de la sphère génitale.

La prise de conscience morphologique, l'image sexuelle, s'effectue à l'aide d'une explication directe tactile et

et visuelle en utilisant largement le miroir.

La prise de conscience musculaire concerne l'entraînement musculaire du diaphragme pelvien (KEGEL (19)) et de la charnière dorso-lombaire.

Enfin la présence des masses profondes vaginales est appréhendée par la prescription du *massage vaginal*. Ce massage, totalement différent de la masturbation, ne vise à aucun orgasme immédiat ; il le prépare. Il améliore la perception de masse et de volume, de consistance des divers éléments de la sphère génitale. Poursuivi régulièrement, à l'aide d'un corps gras, ce massage entraîne l'assouplissement et la décontraction des tissus, stimule également la tonicité du muscle "constrictor cunni". Il entraîne donc une meilleure aptitude physique au rapport sexuel.

- La deuxième partie est consacrée à *l'apprentissage de la masturbation*.

Le patient est invité tout d'abord à localiser ses zones sensibles puis à stimuler la zone reconnue privilégiée jusqu'à l'orgasme.

L'orgasme obtenu, le vagin est alors érotisé par conjonctions des stimulations clitoridiennes et vaginales. Ce stade auto-sexuel bien intégré, l'étape hétéro-sexuelle est alors abordée.

Nous pensons que toute cette première partie de l'exposition graduée doit être *systématiquement* entreprise étape par étape, même chez un sujet ayant déjà une activité

masturbatoire. Car elle restitue à l'individu un champ sensoriel plus ample, toujours plus ou moins diminué dans les déficiences sexuelles quelque'elles soient.

La deuxième partie de l'exposition graduée in vivo est la *phase hétéro-sexuelle* qui permet la *constitution du corps relationnel*.

Cette phase se donne deux buts principaux, l'obtention de l'orgasme n'étant pas considéré comme primordial.

On cherche tout d'abord à créer un nouveau mode d'échange, une *communication non verbale*.

En effet selon PASINI (30), "*le rétablissement d'une communication sensorielle est souvent un préambule indispensable à la réussite du traitement de couple*".

L'accent est mis sur la focalisation par concentration de la perception sur le partenaire ; perception visuelle et auditive ainsi que sur la conscientisation des changements intervenant au niveau du corps tels que chaleur abdominale et pelvienne, tension musculaire, respiration.

L'autre but est la *démystification de la séquence stimulation tactile-rapport sexuel*.

En effet, si cette approche tactile n'est pas suivie de rapport, elle retrouve sa fonction primaire de stimulation pré-orgasmique.

On cherche donc à défocaliser l'hétérosexualité de la région génitale en la mettant provisoirement au repos. Une approche périphérique moins anxiogène est alors entreprise

par l'observation, le toucher, l'olfaction (MASTERS et JOHNSON (29)), (LO PICCOLO et LOBITZ (24)).

Ces exercices gradués provoquent un apaisement et un accroissement de la capacité de réceptivité des sensations. Il se produit donc un processus de facilitation.

SERBER (35) propose un tableau de progression en cinq étapes qui va des caresses à la pénétration.

MASTERS et JOHNSON (29) appliquent un programme bien codifié : le *sensate Focus I et II*.

Quant à nous, nous utilisons la méthode mastérienne légèrement modifiée, en établissant quatre stades progressifs : *la communication affective globale, les exercices développant l'érogénéité du corps dans son ensemble, les exercices centrés sur l'érogénéité génitale, et enfin la reprise progressive du rapport.*

Ces exercices sont expliqués et inclus la première fois dans des séances de 15 à 20 minutes que les partenaires répéteront alors quotidiennement chez eux.

- *Le stade de communication affective est réalisé de la façon suivante :*

Les deux partenaires se mettent nus, l'un contre l'autre. Un des sujets touche son partenaire de la main en essayant d'exprimer un sentiment, de l'affection, de la tendresse. Il ferme les yeux et doit concentrer son attention seulement sur cette communication tactile.

Le partenaire, les yeux fermés également, s'abandonne en se concentrant sur la réception de cette transmission

tactile.

La main explore le corps à l'exception des zones érogènes primaires en essayant de moduler son toucher. Puis c'est au tour du partenaire de réaliser cette transmission tactile, altruiste. S'il existe un blocage à ce stade, il est inutile d'aller plus loin dans l'exposition graduée.

- *Les exercices développant l'érogénité du corps dans son ensemble* sont pratiqués, tout d'abord, par effleurage puis par massage relationnel.

L'effleurage se pratique avec les cinq doigts écartés. Les deux partenaires, alternativement, se concentrent l'un sur le plaisir de toucher, l'autre sur le plaisir d'être touché. Contrairement à l'exercice précédent, chaque partenaire doit avoir une attitude *égoïste* de réception de la sensation.

Dans cet exercice, l'abord des zones érogènes primaires est également interdit. Par contre la mise en place des zones érogènes secondaires se trouve facilitée.

Le toucher contribue à la communication inter-personnelle. Cette expérience de communication dissipe l'anxiété et permet à chacun de reconnaître les réponses érotiques de l'autre.

Comme le déclare S. HITE (15) *"être en contact physique, c'est aussi faire l'amour"*.

L'immense majorité des femmes et des hommes désire davantage de caresses et de contacts corporels. Les émotions

sont communiquées par "voie cutanée".

"Le corps est feuilleté comme un livre mais surtout comme un album où l'on retrouve des photos souvenirs" BONIERBALE (1).

L'autre aspect primordial de cet exercice est le "give to gate" c'est à dire l'existence d'une équivalence entre les partenaires, chacun possédant en alternance le rôle actif et passif.

La sensibilité superficielle cutanée étant appréhendée, nous passons alors au *massage relationnel* excluant les zones érogènes primaires. Ce massage manuel corporel fait appel à la sensibilité profonde du sujet.

C'est une attitude très possessive par la préhension manuelle des masses profondes musculaires. L'impact psychique qui en découle est très important. Il renforce les rôles actif et passif, en alternance chez l'homme et la femme.

- Ce stade d'érogénéité globale bien intégré, nous pouvons alors, *centrer les exercices sur la sphère génitale*. C'est le *Sensate Focus II* de MASTERS et JOHNSON.

Ces exercices ont pour but l'induction sexuelle, l'éveil du désir érotique en se gardant de toute contrainte. L'orgasme n'est absolument pas recherché. Au contraire, il est interdit.

Il ne doit pas y avoir de demande sexuelle.

A ce stade également, l'alternance des exercices entre homme

et femme est la règle.

En ce qui concerne la stimulation de la femme, généralement l'homme est assis cuisses écartées, la femme emboîtée devant lui suivant la position décrite par MASTERS et JOHNSON (29).

Dans cette position, l'homme peut facilement stimuler les seins et la sphère sexuelle en gardant le maximum de contact corporel.

Le sexe ne sera pas abordé directement mais progressivement par une approche peri-génitale.

La femme peut alors guider les mains vers ses zones électives et leur donner le rythme et la pression nécessaires.

Dans un deuxième temps, la stimulation bucco-génitale peut remplacer cette stimulation manuelle.

En ce qui concerne la stimulation de l'homme, la femme est en position assise, l'homme étendu devant elle, les fesses entre les cuisses de celle-ci.

La femme peut donc à loisir manipuler la sphère sexuelle masculine et entreprendre le "squeeze" si cela est nécessaire.

Cette étape sans obligation d'orgasme, permet donc aux partenaires de focaliser leurs sensations aux organes génitaux.

"La caresse génitale dissociée de son objectif orgasmique peut être appréciée en soi". TORDJMAN (38)

Lorsqu'un désir intense apparaît chez les deux

partenaires, nous abordons alors la dernière phase de la *reprise progressive du rapport sexuel*.

Cette reprise du rapport s'effectue parallèlement à l'éducation intra-vaginale de l'éjaculation prématurée (cf. Chap. Conditionnement pavlovien).

L'intromission se fait toujours au début en position supérieure de la femme.

Ceci a pour but d'accentuer sa responsabilité lors du coït, de lui permettre d'avoir une mobilité pelvienne propre.

Il y a encore interdiction de l'orgasme à ce stade.

La femme, en position supérieure, reste immobile, se concentrant sur la plénitude de son vagin et exerçant plusieurs fois ses muscles péri-vaginaux. C'est elle qui doit appréhender le sexe mâle à l'aide de son vagin, comme elle le ferait avec sa main.

L'essentiel est que la femme puisse affiner ses sensations vaginales.

Cette immobilité est également nécessaire à la rééducation de l'éjaculation prématurée.

Dans un deuxième temps, toujours en position supérieure, l'homme restant immobile, seule la femme assurera des mouvements de va et vient par son activité pelvienne propre et en stimulant parallèlement la zone clitoridienne.

Ainsi est réalisée une synthèse de la stimulation clitoridienne et du coït qui favorise le déclenchement du réflexe orgasmique.

Pour les femmes voulant libérer l'orgasme de toute stimulation manuelle, il est possible alors d'appliquer la méthode suivante.

Juste avant la survenue de l'orgasme clitoridien, elle cesse toute stimulation manuelle, laissant le coït se poursuivre.

Il s'établit alors un *réflexe conditionné* conduisant à l'orgasme par la seule pénétration, bien que la zone peri-clitoridienne doive nécessairement être stimulée d'une façon ou d'une autre.

La position latérale sera ensuite adoptée et enfin la position de décubitus.

Cette *exposition graduée in vivo*, correctement suivie, est primordiale dans le traitement de l'insuffisance sexuelle féminine et de l'éjaculation prématurée.

Il est bien rare qu'elle ne soit pas couronnée de succès, à condition de procéder, de manière systématique, par étapes progressives et d'y adjoindre d'autres thérapies de renforcement.

LA THÉRAPIE RATIONNELLE ÉMOTIVE

SES PRINCIPES

Un développement considérable est donné à ce genre de thérapie.

Elle consiste à modifier le contenu de ce que les patients se disent à eux-mêmes. Elles sont basées sur le principe des croyances irrationnelles d'Albert ELLIS.

Le fait de montrer simplement aux sujets l'irrationalité de certains de leurs concepts leur permet d'évoluer très positivement en remettant en cause ces concepts irrationnels et en rationalisant leur façon cognitive de fonctionnement.

APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES ENVISAGÉES

L'ignorance et les conceptions erronées sont préjudiciables à une harmonie sexuelle et cette information a en elle-même une valeur thérapeutique dans 1/3 des cas selon PASINI (31).

L'information sur le fonctionnement sexuel doit être complète et objective. La plupart des patients qui viennent consulter ont une conception totalement erronée des conduites sexuelles.

Cette information peut être donnée verbalement ou en conseillant la lecture d'ouvrages spécialisés COMFORT A. (2), TORDJMAN G. (37) qui seront ensuite discutés

et commentés avec le thérapeute.

L'audio-visuel peut être également employé avec succès.

Nous citerons les principaux mythes rencontrés chez l'homme :

- *le mythe de la virilité et de la compétence sexuelle.*

Nous avons déjà abordé ce sujet. Ce qui compte chez l'homme ce n'est pas son comportement actif mais attentif.

- *le mythe de la femme plus longue à jouir que l'homme.*

Surtout parce que les femmes seraient psychologiquement plus raffinées et que leur orgasme dépendrait davantage de leurs sentiments.

"En réalité les femmes ne mettent pas plus de temps à jouir que les hommes".

S. HITE (15).

- *le mythe du mystère de l'orgasme féminin.*

Une femme dans le rapport HITE, déclare :

"Je crois que la femme, par rapport à l'homme, a besoin de quelque chose de plus pour aboutir à l'orgasme : un ensemble plus complexe de stimulations physiques et affectives".

En réalité l'orgasme féminin se produit lorsque la stimulation est appropriée.

Chez la femme :

- Le mythe de la passivité féminine.

La femme, tout comme l'homme peut être tout aussi active que passive.

ZWANG et ROMIEU (41) déclarent que "l'exercice érotique fait de la femme à la fois un sujet et un objet. Donc elle a aussi un vagin pour elle-même et un clitoris pour son partenaire".

La femme peut très bien adopter une position dominante et supérieure au cours du coït. Selon HITE (15), cette position ne procure pas automatiquement l'orgasme, mais elle donne à la femme une liberté de mouvements qui lui permet de rechercher sa propre satisfaction.

- Le mythe de la nocivité de la masturbation.

Il est encore bien vivace et pourtant nous déclarons, avec SERBER (35) que lorsqu'une femme parvient à maîtriser l'obtention d'un orgasme masturbatoire, la généralisation aux relations sexuelles se produit alors très facilement.

Chez le couple :

- Mythe de l'anormalité somatique,

Chez un sujet atteint de dysfonction sexuelle ; combien de patients viennent consulter en déclarant ne pas être normaux ! un simple examen somatique les rassure d'une façon considérable.

- *Mythe de la séquence immuable de l'acte sexuel.*

Les deux partenaires, en commençant leurs ébats, ne doivent pas avoir l'impression d'enclencher une réaction irréversible.

- *Mythe de l'orgasme obligatoire.*

Une femme déclare dans le rapport HITE (15) :
"parfois j'aimerais faire l'amour sans aller jusqu'à l'orgasme, si mon partenaire n'y tenait pas tellement et si je pouvais m'en abstenir pour des raisons personnelles".

L'orgasme ne devrait pas être l'unique but à atteindre lors d'un rapprochement physique.

- *Mythe de l'orgasme coïtal.*

D'après les études qu'ont faites S. FISHER (10), A. KINSEY (21) et H. KAPLAN (17), pour plus de 70% des femmes, le coït n'aboutit pas automatiquement à l'orgasme.

Une femme, un homme peuvent très bien obtenir un orgasme en dehors de tout coït et en être satisfaits sexuellement.

- *Mythe de la femme vaginale ou clitoridienne.*

La femme possède, selon ZWANG et ROMIEU (41), une bifocalité orgasmogène primaire qui démontre l'absurdité d'un tel étiquetage.

L'autonomie récente de la fonction érotique dégagée de l'influence de la fonction de procréation nous oblige à reconsidérer le comportement sexuel humain et à éliminer de nombreux préjugés.

LE MODELING ou utilisation de l'apprentissage par imitation.

SES PRINCIPES

Il est basé sur le principe de l'imitation, imitation renforcée par l'environnement.

Nous en avons déjà tracé les caractéristiques précédemment, dans le cadre de l'assertivité, lorsque le thérapeute présentait un modèle au patient.

Le modèle peut être donné soit au cours d'une thérapie par jeu de rôle, soit par l'intermédiaire de films ou brochures.

C'est *l'apprentissage vicariant par imitation* qui est actif et sélectif en fonction du degré d'auto-contrôle du sujet.

Mais le modèle peut être pris également à l'extérieur. Par exemple, "votre frère se comporte de telle façon, essayez de vous comporter dans le même sens que lui". Le *MODELING* peut agir au niveau cognitif de la pensée, mais également au niveau de l'habillement, des idées plus ou moins rationnelles, au niveau du comportement en général.

Selon COTTRAUX, GAUTHIER et BECHELLI (5), ce procédé a quatre buts principaux :

- acquérir une fonction qui n'a pas été apprise par le moyen de l'observation et de l'imitation.

- faciliter et rendre plus efficace une performance imparfaite,
- désinhiber le comportement, donc permettre une dynamisation de la personnalité,
- permettre l'extinction directe, ou, par l'intermédiaire du modèle, de l'angoisse en imitant l'attitude impavide qui est présentée.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES.

En pratique sexologique, le modèle de choix est l'audio-visuel, films ou diapositives. La projection de ce matériel audio-visuel possède un rôle facilitateur et permet de lever très souvent l'inhibition du comportement.

Sur un autre plan, une des conséquences non négligeables est l'induction de fantasmes érotiques. Or selon TORDJMAN (38) *"c'est le fantasme érotique qui enflamme notre sensualité"*.

SERBER (35) souligne que *"souvent les femmes anorgasmiques sont incapables d'avoir des fantaisies de scènes sexuelles qui puissent les exciter"*.

Les films permettent en outre une importante verbalisation des sensations perçues.

PASINI (30) relate l'anecdote suivant à propos de l'intérêt des films érotiques.

A l'occasion d'une projection, lors d'un Congrès d'HAWAII,

était présent un Médecin souffrant d'impuissance primaire qu'il avait en vain essayé de traiter par psychanalyse et thérapie mastérienne. Or le soir suivant cette projection, cet homme put consommer son mariage.

PASINI explique ce résultat par l'effet direct de la stimulation audio-visuelle sur les couches archaïques de l'appareil psychique, stimulation sautant l'élaboration verbale ainsi que l'intellectualisation corticale.

Dans un but plus modeste, l'apprentissage par imitation encourage les couples à mobiliser leur imagination créative et permet une codification positive de leurs sensations, de leurs émotions et du partenaire.

LES THÉRAPIES D'INJONCTION PARADOXALE

SES PRINCIPES

Elles sont basées sur le principe de la *prescription du symptôme*.

Un sujet porteur d'un symptôme dont il se plaint, recevra de la part du thérapeute la prescription de présenter ce symptôme un nombre de fois important dans la journée, nombre plus important que la fréquence dont il se plaint.

Cette thérapie, de plus en plus employée, obtient de nombreux résultats, surtout dans les thérapies sexuelles, car elle travaille souvent au niveau cognitif.

Le paradoxe entre également en jeu dans le flooding puisque l'angoisse est prescrite au patient en le confrontant à la situation anxiogène.

Mais il nous faut constater qu'il existe peu d'études sérieuses et contrôlées pour l'instant.

SES APPLICATIONS AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES

La principale injonction paradoxale qui est de règle en sexothérapie est l'interdiction de tout rapport sexuel.

On interdit donc en début de thérapie toute relation sexuelle complète, mais on encourage le partenaire masculin à se masturber afin de réduire la tension sexuelle.

A côté de son effet aphrodisiaque, cet interdit vise également à interrompre le processus sexuel qui va en se dégradant, donc à soulager les deux partenaires de leur angoisse et dévier leur attention du trouble sexuel. Il est courant également de signifier par exemple à un éjaculateur prématuré qu'il peut se laisser aller à son éjaculation prématurée.

On peut également interdire l'orgasme. Cette interdiction permet la libération des fonctions autonomiques d'un contrôle volontaire excessif et inhibant LO PICCOLLO (25).

Une cure sexothérapique, suivant les stades, joue en alternance avec les interdictions et les permissions.

Lors de l'exposition graduée in vivo, il y a permissivité croissante des conduites sexuelles : caresses auto-érotiques, caresses corporelles sur l'autre, caresses hétéro-sexuelles...

A N A L Y S E

D ' U N C A S C L I N I Q U E P E R S O N N E L

PRÉSENTATION DU COUPLE

Il s'agit d'un couple d'une trentaine d'années, habitant la banlieue d'une grande ville, adressé par un gynécologue.

Monsieur et Madame BAS... se présentent à la consultation à l'heure convenue.

Mme BAS... ouvre l'entretien en déclarant qu'elle *n'a pas envie de faire l'amour et qu'elle ne ressent rien...* Cela dure depuis dix ans et elle ne peut plus supporter cet état de fait.

M. BAS... nous dit, quant à lui, éjaculer trop vite.

Mme BAS..., jeune femme de trente ans, sans profession, apparaît très angoissée, anxieuse, tendue. Elle présente l'objet de sa visite comme une revendication, un droit au plaisir qu'elle n'a jamais éprouvé jusqu'à maintenant et place cette demande sur un plan plus personnel que conjugal.

M. BAS... qui l'accompagne, est âgé de trente trois ans et exerce une profession artisanale. Il apparaît, d'emblée, plutôt réservé, timide, peu loquace, et très avare dans l'expression de ses sentiments. Il consulte avec l'attitude d'un spectateur en face d'une pièce de théâtre qui réunirait sa femme et le thérapeute. Il a fini par accepter la consultation voulue par sa femme, mais considère la revendication de celle-ci comme "un caprice". Il reconnaît avoir toujours pré-

senté une éjaculation rapide, mais cela ne l'a jamais vraiment contrarié.

Selon lui cette éjaculation rapide a, peut être, favorisé la situation actuelle, mais c'est sa femme qui est *"malade si quelqu'un doit être malade"*. C'est elle qui n'a jamais porté un grand intérêt aux relations sexuelles.

Leur vie conjugale présente n'est pas très brillante. Depuis six mois, ils n'ont eu aucun rapport décidé en commun, par suite du refus catégorique de Mme BAS... Une ou deux fois, M. BAS... a pratiquement violé sa femme, la nuit, lorsqu'elle dormait. Leur vie de couple s'en est donc trouvée perturbée et ils viennent consulter au bord du divorce.

Pourtant ils prétendent l'un et l'autre conserver entre eux une grande affection, mais toute communication est pratiquement rompue tant sur un plan sexuel que sur un plan plus général.

Lorsque nous l'invitons à nous donner quelques précisions concernant son passé, son enfance, ses conditions éducatives Mme BAS... nous relate son histoire sans réticence ; son attitude anxieuse disparaît au fur et à mesure de l'entretien.

Elevée dans un milieu simple, elle est marquée dès l'enfance, par la mésentente de ses parents. Son père, routier, est souvent absent et elle le qualifie d'être

faible, sans réaction. Par contre, sa mère est présentée comme tyrannique et jalouse de sa fille.

A l'âge de huit ans, elle subit une agression exhibitionniste de la part d'un oncle qui l'oblige à le regarder pendant qu'il se masturbe. Elle se rappelle avec précision toutes les circonstances entourant cette scène. Cela se reproduit quatre ans de suite, à l'occasion des grandes vacances, avec l'accord plus ou moins implicite de sa tante.

Elle ressent cette agression toujours douloureusement et voue à son oncle une rancœur tenace.

Elle situe sa première masturbation à l'âge de dix ans, mais en parle comme d'un fait sans importance.

Par la suite, elle n'aura qu'une activité masturbatoire très réduite. Cela *"ne lui donnait pas beaucoup de plaisir..."*

Ses douze ans sont marqués par le divorce de ses parents. On l'envoie alors vivre un an chez sa tante. Durant cette année ses premières règles apparaissent.

Elle réintègre le milieu familial alors que sa mère s'est remariée, depuis, avec un ami de son ancien mari.

Mme BAS... ne veut établir aucun rapport avec son beau-père. Elle refuse tout lien affectif avec le nouveau milieu familial et reproche à sa mère, à cette époque, une jalousie croissante.

A dix huit ans, son beau-père lui fait comprendre, explicitement, qu'il aimerait bien en faire sa maîtresse.

Mme BAS... ressent, alors, à nouveau, un sentiment d'ani-

mosité et pour se venger, dit-elle, décide d'avoir son premier rapport, en se "jetant" dans les bras d'un ami de son âge. Ensemble ils auront trois rapports qu'elle qualifie de "*très agréables*"

Mais son ami part au service militaire. Il ne lui donnera pas de ses nouvelles et ils ne se reverront plus.

C'est alors qu'elle rencontre son futur mari, au cours d'une soirée. Elle le trouve "*gentil*" et l'épouse trois mois plus tard, pour, dit-elle, se dégager de l'emprise du milieu familial qui l'étouffait.

Avant leur mariage, ils ont eu quelques contacts sexuels à la va-vite, baclés sur la banquette d'une voiture ou à l'ombre d'un bosquet. Ces rapports la laissèrent chaque fois insatisfaite.

Mme BAS... nous divise sa vie conjugale en deux périodes.

Une première période s'étend de son mariage jusqu'aux six derniers mois avant la consultation. Elle déclare avoir épousé son mari pour sa gentillesse, sa douceur. Elle était attirée par la sécurité qu'il représentait, sécurité absente de son milieu familial où elle était agressée continuellement par sa mère ou son beau-père. Le début de sa vie sexuelle avec son mari la déçoit. Elle ne retrouve pas les mêmes sensations qu'avec son premier amant, mais pense que cela s'arrangera par la suite. Ce qui compte, c'est qu'elle soit entourée par

un homme, jouant un peu le rôle du grand frère protecteur. Elle avoue n'avoir jamais éprouvé de réel désir érotique envers lui. Mais elle se sent en sécurité, ce qui est, pour elle, le principal. Elle rompt, à cette époque, toute relation avec son milieu parental.

Pendant dix ans, son couple va s'enfoncer tout doucement dans la routine.

Mme BAS... accepte, indifférente, le mode de relation sexuelle que lui propose son mari.

Elle garde un rôle passif, tolère l'acte physique comme une hygiène indispensable à son partenaire ; celui-ci agit mécaniquement, sans problèmes apparents, réduisant la relation sexuelle à la seule pénétration, immédiate-
~~et~~ et de courte durée. Il n'y aura jamais d'autre mode de rapport entre eux.

Elle ne ressent aucun besoin sexuel, même autoérotique, n'a pas de fantasmes particulièrement excitants. Elle ne connaîtra par ailleurs aucune aventure extra-conjugale.

Quelques temps après son mariage elle décide de mettre fin à son activité de secrétaire, et mène une vie qu'elle juge confortable.

Progressivement, au bout de sept ans, établissant une comparaison avec un couple ami, Mme BAS... prend alors conscience de la nature insatisfaisante de son couple. Elle se pose des questions et reproche peu à peu à son mari

la façon dont ils font l'amour. Celui-ci, plein de bonne volonté, veut bien satisfaire sa femme, mais ne voit pas comment, il pourrait s'y prendre.

Ils pensent à cette époque consulter quelqu'un de compétent qui pourrait les aider.

Mais une naissance désirée est prévue. Une seconde survient un an après. La présence de ces deux enfants, déclenche alors l'animosité de Mme BAS...

"Son mari accapare ses filles.... il est trop indulgent avec elles.... il ne sait pas les élever... d'ailleurs il ne sait rien faire... à part son travail.

Leur vie conjugale se dégrade peu à peu.

Mme BAS... supporte, de plus en plus difficilement, les rapports sexuels que lui impose son mari, le plus souvent, la nuit par surprise.

Elle présente une dyspareunie d'intromission et l'acte se réduit à une pénétration laborieuse et de durée de plus en plus courte ; chacun, le matin, au réveil, évite de parler à l'autre de ce qui s'est passé durant la nuit. En fréquentant leurs amis et d'après leurs déclarations, Mme BAS... est renforcée dans son idée qu' *"elle ne réagit pas normalement"*. Elle n'a jamais connu de plaisir, d'orgasme, mais elle sait maintenant que cela existe et que d'autres femmes, d'autres hommes ont une manière différente de pratiquer l'amour.

Son attitude, change alors totalement et elle considère entrer dans une seconde période (les six derniers mois avant la consultation), caractérisée par son refus

catégorique de tout contact physique, puisqu'elle ne ressent que douleur et que son mari est incapable de modifier cette situation.

Le moindre contact corporel "*la dégoûte*" nous déclare-t-elle, car celui-ci conduit, systématiquement à une tentative de coït.

Elle ne supporte plus de voir son mari nu et, à plus forte raison, en érection.

Elle présente, comme un viol, les quelques tentatives que celui-ci esquisse la nuit, durant son sommeil. Elle présente alors des érosions vulvaires et parfois même des hémorragies post-coïtales.

Elle prend l'acte sexuel en horreur et élargit cette répulsion jusqu'aux caresses les plus anodines.

Elle n'accepte plus la main de son mari sur elle et la vision réelle ou imaginaire de son sexe en érection lui provoque une réaction de dégoût et lui rappelle systématiquement l'exhibitionnisme de son oncle.

Elle superpose alors l'image de son mari à celle de son oncle et de son beau-père.

Leur vie relationnelle s'amenuise, mais elle prétend encore conserver une grande tendresse vis à vis de M. BAS... en dehors de tout contexte sexuel et corporel.

M. BAS... lui, paraît très étonné lorsque nous le prions de nous exposer sa conception sur la situation de son couple.

Il n'en voit pas l'intérêt : *"c'est de ma femme dont il faut s'occuper..."* mais toujours plein de bonne volonté, il se décide à s'exprimer, tout en gardant une certaine réticence.

M. BAS... nous déclare qu'il est satisfait de son couple. Il a socialement bien réussi, son métier lui plaît, et procure au couple une certaine aisance matérielle.

Il a deux filles qu'il adore, une femme dont il est toujours amoureux après dix ans de mariage.

Il considère mener une vie *"normale"*, ses loisirs sont simples, il est consciencieux dans sa profession et n'a jamais eu d'aventures extra-conjugales. Tout devrait donc aller pour le mieux et il ne saisit pas du tout le sens des récriminations de sa femme.

Sa vie sexuelle, il la trouvait satisfaisante : des rapports réguliers, *"comme tout le monde"* nous déclare-t-il. Son éjaculation est rapide mais *"ni plus, ni moins que la plupart des hommes qui l'entourent"*.

Sa femme n'a jamais beaucoup réagi sexuellement, mais il ne s'en est jamais inquiété car, pensait-il, *"les femmes éprouvent moins de besoins sexuels que les hommes"*.

Il nous explique que, depuis quelques temps, sa femme se refusant à lui, il se réveille la nuit, pris d'un violent désir de faire l'amour et profite du sommeil de celle-ci pour tenter une pénétration.

Il lui arrive, alors souvent, d'éjaculer avant l'intromission.

Il place sa femme à l'origine de la situation actuelle.

C'est elle qui a eu *"la tête tournée"* par les déclarations de ses amis.

"Elle n'avait qu'à se contenter de leur mode de relation antérieure".

Il a cependant conscience des éventuelles conséquences de ce conflit actuel : le divorce.

Or un divorce, pour lui, est vécu comme un échec personnel. Ce serait la preuve de son incapacité.

Par ailleurs il pense aimer sa femme, donc est prêt à collaborer avec nous.

M. BAS... a vécu, sans histoires, dans un milieu rural, au milieu de nombreux frères et soeurs. Durant son adolescence, son activité masturbatoire fut réduite. Il n'en éprouvait pas le besoin. Entraîné par ses camarades, il a connu son premier rapport sexuel avec une prostituée. Il poursuit ce genre de relation régulièrement et exclusivement, durant toute son adolescence à raison de deux par mois. Dans ces circonstances il n'a jamais eu de problème d'érection mais chaque fois *"il devait faire vite"*, et éjaculer rapidement. Cette activité sexuelle faisait partie de son mythe de la virilité, mythe exalté et entretenu entre copains. Lorsqu'il s'établit en milieu urbain, il fréquente alors

régulièrement une jeune femme.

Les rapports avec celle-ci ont toujours lieu dans des conditions peu satisfaisantes (banquettes de voiture, plein air).

Ces relations sont très stéréotypées, limitées à une pénétration et à une éjaculation rapides.

Il rencontre alors sa future femme dont il tombe immédiatement amoureux, attiré, dit-il, par sa "personnalité".

Voici donc un couple dont chaque partenaire présente une déficience sexuelle, à savoir une insuffisance sexuelle globale chez la femme, une éjaculation prématurée chez l'homme.

La demande de correction de ces troubles est présentée par le couple, mais celui-ci focalise essentiellement cette demande sur le symptôme présenté par la partenaire féminine.

P R O T O C O L E

Cette sexothérapie d'un couple atteint de dysfonction sexuelle s'est déroulée sur *quatre mois*, en *vingt et une séances*, à raison d'une séance par semaine environ.

Chaque séance durait approximativement *trois quarts d'heure*.

Nous avons actuellement un *follow-up d'une année*, ce qui nous permet d'évaluer les résultats de la cure à moyen terme.

Cette cure fut effectuée dans un cadre exclusivement *libéral*.

Afin d'appréhender, d'analyser le comportement de chacun des partenaires et leur interaction, nous les avons d'abord écoutés en *entretien-conjoint* lors d'une première entrevue assez brève.

Puis nous les avons consultés en *entretien-croisé*, afin de ne pas parasiter leur verbalisation par la présence du partenaire.

Enfin, nous les avons réunis à nouveau pour un long *entretien-conjoint*. Ceci nous a permis de centrer la discussion sur "*l'ici et le maintenant*" d'une part, d'observer directement leur interaction, leurs attitudes, leurs sentiments l'un pour l'autre, en un mot d'apprécier *la qualité de leur relation conjugale*, d'autre part.

Dans la suite du traitement, lors des divers exercices de la première période, nous avons consulté chaque par-

tenaire séparément, car la présence de l'autre aurait été mal supportée.

Cette méthode s'adressait, au début, à l'individu seul, afin de mieux le conditionner à une thérapie de couple ultérieure.

Nous les avons alors réunis à nouveau dans la seconde et dernière période de notre thérapie.

Nous n'avons pas utilisé de *cothérapeute* de manière systématique.

En effet, en accord avec de nombreux auteurs, nous ne pensons pas, qu'en général, la cothérapie se soit révélée supérieure, d'après les résultats donnés par des recherches comparatives.

Selon TORDJMAN (39) le fait d'appartenir au même sexe n'entraîne pas obligatoirement une meilleure compréhension du patient.

Par ailleurs la présence d'un cothérapeute ne semble pas protéger des interférences de phénomènes analogues au transfert ou au contre-transfert retrouvés en psychanalyse.

Par contre nous nous sommes adjoint un cothérapeute lorsqu'il s'est agi de donner une information sexuelle au partenaire masculin.

En effet, nous pensons, que dans ce cas, la verbalisation, l'expression de certains points obscurs sont beaucoup plus

intenses entre thérapeute et patient de sexe opposé.

Nous avons décidé, en début de cure, de procéder à une *thérapie de type comportemental*.

Nous étions donc tenus de respecter les trois principales caractéristiques de cette thérapie, à savoir l'établissement d'une anamnèse détaillée nous permettant de définir les *symptômes-cibles* et d'assigner les *buts thérapeutiques*. Nous avons fixé avec nos patients un *contrat à court terme* ; nous avons également décidé de mettre en oeuvre des techniques adaptées à chaque patient et fondées sur les principes de l'apprentissage.

Enfin nous avons réalisé, dès le départ, une *ligne de base* qui nous a permis d'évaluer les résultats en fin de cure et après un recul d'une année.

Chaque partenaire était considéré comme un aide-thérapeute et un évaluateur de la cure.

Un *bilan* était dressé systématiquement avec le patient ou le couple en début de chaque séance. Cela nous permettait d'apprécier l'évolution et de modifier éventuellement telle ou telle étape de notre programme établi au départ.

Nous avons utilisé *exclusivement* le mode *relationnel* sans autre intervention. Il n'y a pas eu, avant, pendant et après le traitement, de prescription chimiothérapique. Par ailleurs, aucune autre prise en charge

n'a été effectuée en parallèle à la sexothérapie.

Enfin, nous signalons que nous *avons enregistré certaines séances* à l'aide d'un magnétophone et avec l'accord préalable des patients.

Cet enregistrement fut effectué exclusivement lors des cinq premiers entretiens, ce qui nous permettait, d'une part, de suivre avec plus d'attention le fil parfois embrouillé du dialogue, sans avoir à prendre des notes, d'autre part de réécouter ces entretiens afin de combler un oubli éventuel de notre part et d'assurer une meilleure synthèse de la séance.

D É R O U L E M E N T . D E L A C U R E

Nous décrirons les diverses étapes de cette sexothérapie dans un ordre chronologique visant à fait ressortir l'évolution de chaque partenaire et du couple.

Le premier entretien, assez bref, réunissant les deux conjoints, fut consacré, d'une part à l'exposé global de la demande, d'autre part à la mise en évidence des motivations de chacun.

Concernant Mme BAS..., cette motivation nous est apparue, d'emblée, bien établie. Elle avait pris nettement conscience de l'insuffisance de sa sexualité ; elle n'en rendait pas son mari entièrement responsable et était décidée à agir, avec l'aide de celui-ci, pour modifier leur situation.

M. BAS..., par contre, paraissait céder à un caprice de sa femme. Caprice qu'il prenait tout de même au sérieux car il réalisait que la stabilité de son couple en dépendait.

La motivation s'est donc avérée, de prime abord suffisante pour que nous puissions donner suite à la demande, en décidant toutefois de poursuivre son évaluation lors des entretiens ultérieurs.

Durant la seconde séance, quelques jours après,

nous nous sommes attaché à pratiquer un bilan clinique complet des deux conjoints, visant à évaluer l'existence éventuelle de facteurs physio-pathologiques dans l'apparition de leurs troubles et à rassurer le couple sur sa normalité somatique.

Enfin, cet examen nous permettait de médicaliser la relation, élément que nous jugeons favorable au succès d'une cure sexothérapique.

M. et Mme BAS... ne présentaient aucun antécédent médical ou chirurgical particulier. On ne relevait pas d'utilisation abusive de médicaments ou de toxiques divers, tels que tabac et alcool.

Mme BAS... avait souffert d'une déchirure périnéale lors de son premier accouchement et une épisiotomie avait été pratiquée lors du deuxième. Mais le périnée se révélait, à l'examen, souple et indemne de toute lésion.

Sur le plan contraceptif, le couple avait eu recours pendant huit ans, à la méthode du coït interrompu, puis une contraception orale avait été prescrite qui était suivie depuis régulièrement.

Aucune anomalie n'était retrouvée lors de l'examen somatique général et l'examen gynécologique ne révélait aucune malformation au niveau des organes génitaux externes et internes, ni vaginite, ni cervicite, ni malposition utérine. Par ailleurs, il existait une bonne

trophicité générale. Le toucher vaginal était, d'autre part, accepté sans appréhension.

Chez M. BAS..., aucune anomalie n'était décelée sur le plan somatique et plus particulièrement génital. Nous n'avons pas retrouvé, par exemple, de brièveté exagérée du frein.

Au terme de cet examen systématique, devant l'absence de toute pathologie, Mme BAS... nous déclarait "être soulagée" et nous mîmes à profit cette détente pour dédramatiser et banaliser la problématique sexuelle des deux partenaires en leur exposant les mécanismes psycho-physiologiques de leur trouble. Puis nous avons insisté sur le partage de leur responsabilité dans l'apparition de ce trouble. Les possibilités thérapeutiques furent, enfin, envisagées dans les grandes lignes et l'accord du couple, à la poursuite des entretiens, verbalisé.

Lors du troisième entretien, M. et Mme BAS... furent consultés séparément puis réunis dans un deuxième temps.

L'objectif était d'approfondir leur comportement sexuel déficient afin d'analyser avec plus de précision leur pathologie personnelle et relationnelle et de tenter de développer, d'élargir leur demande.

Nous avons essayé d'éviter un type d'interrogatoire interventionniste tout en gardant une position directive permettant de structurer l'entretien.

L'écoute de Mme BAS... nous révèle la présence d'un comportement sexuel totalement inhibé : absence de tout désir, de toute activité auto ou hétéro-érotique avec évitement complet des contacts physiques. Cette inhibition, elle en a pris conscience et ne veut plus l'accepter.

Trois éléments principaux progressivement édifés au long de son apprentissage sexuel nous semblent être à l'origine de cette inhibition :

- *Interdit de soi-même.*

Mme BAS... ignore son corps, même en dehors du contexte sexuel. Trois facteurs, selon nous s'avèrent être à l'origine de cet interdit.

Tout d'abord, une absence d'information et d'éducation sexuelles dans un milieu familial désuni, insécurisé.

On retrouve également une pauvreté des liens affectifs avec sa mère, celle-ci ayant plus ou moins étouffé tout ce qui pouvait la conduire à la découverte de sa propre sensorialité ("coquetterie", masturbation, flirt).

On peut noter enfin la présence d'une dévalorisation personnelle à la suite de l'abandon de son premier amant, ce qu'elle avait douloureusement ressenti.

- *Interdit de l'autre.*

Trois facteurs, également, nous paraissent entrer en jeu. A savoir, l'image péjorative du père créée par sa défaillance ; l'existence d'agressions sexuelles, telles que pendant son enfance ces scènes d'exhibitionnisme, qui ont provoqué à l'âge adulte un comportement phobique vis-à-vis du sexe en érection de son mari ; il faut y ajouter la tentative d'inceste pendant l'adolescence. Enfin la personnalité même du conjoint, éjaculateur prématuré, inexpérimenté, confinant sa femme dans un rôle sexuel passif et réduisant le lien érotique à un acte monotone et inéluctable, a contribué largement à l'apparition de cet interdit.

- *Interdit du toucher, à composante phobique.*

Le toucher, en effet, préfigure systématiquement l'attaque sexuelle, et n'est plus apprécié en tant que tel.

Nous pensons que l'élément primitif de l'insuffisance sexuelle globale de Mme BAS... fut l'éjaculation prématurée de son mari, cette éjaculation intervenant cependant sur un terrain prédisposé, crée tout au long de l'enfance et de l'adolescence de Mme BAS... Il y eût alors engrenage, intrication néfastes des symptômes pour aboutir à la constitution d'un cercle vicieux ; la dysfonction sexuelle a entraîné la dysjonction conju-

gale, ce qui place Mme BAS... lorsqu'elle consulte dans un état de tension extrême.

Le cas de M. BAS... nous a été plus difficile à définir au début.

En effet, sa demande n'était pas nettement formulée. Lui-même ne se mettait pas explicitement en cause ; son unique problème paraissait être la stabilité de son couple, qu'il plaçait sous la dépendance du problème de sa femme.

Plusieurs entretiens ont été nécessaires pour mettre en évidence que M. BAS... possédait une conception réduite et simplifiée de la sexualité et une certaine immaturité.

Sa vie sexuelle, entièrement centrée sur le coït, ignore tout autre contexte érotique et en particulier son imaginaire nous est apparu très pauvre.

Nous relevons dans son histoire personnelle plusieurs conditionnements pathogènes. Ses premières expériences sexuelles pratiquées dans des circonstances peu satisfaisantes, seule la rapidité de l'acte était recherchée. Ses antécédents érotiques sont peu nombreux, son inexpérience sexuelle pratiquement totale. Durant huit ans, le coït interrompu est systématiquement utilisé, ce qui n'est pas particulièrement favorable à son épanouissement sexuel.

Son comportement, à l'époque, se réduisait à quelques tentatives de "viol", afin de soulager sa propre tension sexuelle.

Ce comportement suscitait alors une culpabilisation et une anxiété certaines qui apparaîtront au fur et à mesure de son récit.

Cette écoute nous a permis enfin de cerner la personnalité profonde des deux conjoints et d'en déduire qu'il n'existait pas de troubles névrotiques majeurs de cette personnalité, ni de problématique existentielle sérieuse, ce qui aurait contre-indiqué en premier lieu la sexothérapie.

Au terme de cet entretien, apparaissait également l'existence d'une dysfonction conjugale apparemment secondaire à la dysfonction sexuelle. En effet, celle-ci n'était pas liée à des conflits entre des partenaires qui s'exprimaient leur agressivité mutuelle à travers le symptôme sexuel.

La relation conjugale ne nous semblait pas compromise car il existait un minimum d'affinités réciproques, d'intérêts communs et les conjoints étaient suffisamment investis l'un par l'autre pour révéler une certaine profondeur affective du lien conjugal.

Aussi avons-nous décidé d'instituer une sexothérapie de type comportemental qui, de par son avantage temporel, pouvait permettre une aide immédiate et un

rétablissement rapide des fonctions sexuelles perturbées. Les symptômes-cibles ont été désignés.

Pour Mme BAS..., l'absence de désir, l'insatisfaction au cours de l'acte, l'inhibition du toucher et la phobie concernant le sexe en érection de son mari ont été mis en évidence.

Quant à M. BAS... il s'agissait bien sûr de son éjaculation prématurée mais, aussi et surtout, de son manque de sensorialité globale et d'information sexuelle.

Nous avons élaboré, alors les buts à atteindre : une fonction sexuelle satisfaisante pour chacun et pour le couple. Nous avons mis l'accent sur la satisfaction et non sur l'orgasme. Puis nous avons conclu un contrat de quatre mois (la fin du contrat correspondant au début des congés annuels).

Afin d'évaluer nos résultats, nous avons enfin établi une ligne de base à l'aide d'informations précises du comportement sexuel de nos patients, lorsqu'il y avait encore un rapprochement physique, c'est à dire six mois avant le début de la thérapie.

Ces informations ont été enregistrées et nous vous en livrons une synthèse, tout en gardant l'intégrité des paroles émises par les deux partenaires.

Mme BAS... déclare :

"Nous avions des rapports une fois par semaine , régulièrement, un peu par habitude, toujours un quart d'heure après nous être couchés..... C'est mon mari qui en

prenait l'initiative..... Moi, je n'en avais pas envie....
 Nous ne nous caressions pas.... Il s'allongeait sur moi
 et me pénétrait.... Cela me faisait un peu mal, c'était
 tout sec..... Puis il éjaculait au bout d'une minute...
 se retirait et s'endormait sans un mot...
 Je n'ai jamais rien ressenti durant la pénétration....
 Non, je ne me suis jamais caressée depuis que je vis
 avec mon mari.... Audébut de notre mariage, il me ca-
 ressent le sexe mais cela m'énervait.... Non, nous n'avons
 jamais eu de rapports bucco-génitaux..... Je n'en ai
 jamais eu envie.... Il ne me l'a, d'ailleurs, jamais
 proposé....."

M. BAS..., quant à lui, déclare :

"J'ai très souvent envie de faire l'amour à ma femme,
 mais j'ai peur de ses réactions.... J'ai toujours l'im-
 pression de la forcer..... Depuis quelques temps, je
 suis obligé de profiter de son sommeil.... Je suis très
 excité et je jouis tout de suite, parfois même avant
 de la pénétrer.... Je n'ose pas lui en parler après....
 J'aimerais pouvoir la caresser, avoir des rapports
 bucco-genitaux avec elle, mais je sais qu'au bout d'
 un moment, elle refuserait toute caresse et je ne pour-
 rais plus, alors, la pénétrer.... Depuis que je jouis
 plus vite, j'ai l'impression que mon plaisir est moins
 fort.... Je ne peux pas me retenir.... J'ai trop envie
 de la pénétrer".

A l'issue de ce troisième entretien, nous réunissons alors le couple et nous synthétisons leurs déclarations en insistant sur les facteurs essentiels de leur dysfonction et en leur expliquant les processus de leur conditionnement.

Les deux partenaires peuvent alors verbaliser, en présence l'un de l'autre, les divers éléments de leur vie sexuelle.

Pour la première fois, M. BAS... sort de sa réserve et peut s'adresser directement à sa femme tout en gardant un discours hésitant.

Nous concluons cette séance en invitant les deux conjoints, à ne pas tenter, provisoirement, de rapprochement sexuel.

A la séance suivante, nous dressons un bilan. Le dialogue s'est amorcé entre les deux conjoints qui ont pu échanger leurs réflexions sur les entretiens précédents. Les griefs, les déceptions, les aspirations ont été exprimés, sans agressivité. Mme BAS... manifeste une attitude beaucoup plus détendue, décontractée tandis que son mari paraît, peu à peu, saisir le pourquoi des revendications de sa femme. La prescription d'"interdiction" de tout rapport sexuel procure à Mme BAS... un sentiment de sécurité. Son appréhension, lors du coucher, disparaît, nous déclare-t-elle.

Nous décidons, à ce stade, d'entreprendre la cure comportementale par une information objective, à l'aide de la cothérapeute.

Nous ajustons, ensemble, leur connaissance sur l'anatomie, la physiologie de la fonction sexuelle en utilisant des planches descriptives et du matériel audiovisuel.

Nous leur prescrivons l'achat d'un ouvrage de vulgarisation dans le but de renforcer leur verbalisation.

Enfin, nous recherchons ensemble, d'autres modes relationnels afin de modifier le stéréotype établi.

Mme BAS... envisage de passer son permis de conduire ce qui lui procurera une plus grande autonomie. Elle décide également en accord avec son mari d'exercer une activité extra-familiale (stage de poterie).

A l'issue de cet entretien, il est décidé par les deux conjoints, une séparation d'une semaine pendant laquelle Mme BAS... effectuera son stage.

Nous les revoyons, tous les deux, au bout d'une dizaine de jours.

Leur attitude s'est totalement modifiée.

Souriants, ils nous exposent le résultat de cette séparation. Leurs voix, le débit de leur élocution, leur aisance témoignent d'une réassurance certaine. Mme BAS... s'est trouvée revalorisée par son activité hors du milieu

familial et ceci lui a permis, par ailleurs, d'élargir son champ de rencontres et de communication.

M. BAS..., lui, nous déclare avoir souffert de cette séparation sur le plan affectif mais ils se sont retrouvés chacun avec plaisir ce qui lui procure, également, à son niveau une certaine revalorisation.

Nous nous attachons, alors à développer notre information. L'ouvrage prescrit, servant de support, nous passons en revue les différents comportements sexuels ; en dévoilant à nos patients l'existence d'autres modes de relation sexuelle, nous tâchons d'éliminer progressivement la séquence stéréotypée de l'acte et les mythes concernant la sexualité.

M. et Mme BAS... découvrent la diversité des activités érotiques, questionnent, s'interrogent, témoignant ainsi d'une reprise certaine de leur communication interpersonnelle.

Lors de la séance suivante, nous jugeons opportun d'effectuer un jeu de rôle dans le cadre d'une affirmation de soi, Mme BAS... en présence du thérapeute et M. BAS... avec la cothérapeute.

En effet, leur dialogue au niveau de la sexualité se maintenait sur un plan général, impersonnel.

M. BAS... hésitait à exposer à sa femme ses goûts, ses désirs sexuels et Mme BAS... gardait une certaine agressivité dans la présentation de ses propres aspirations.

Le jeu de rôle nous a permis de faire prendre conscience à chacun de son comportement et de leur faire entrevoir comment ils pouvaient, entre eux, exprimer leurs désirs sans léser l'autre.

La septième séance fut consacrée à la poursuite de notre information que nous décidons de placer, alors, à un niveau plus concret, par visualisation directe, en salle d'examen, de leur appareil génital respectif.

Mme BAS... est invitée à retrouver sur elle-même, avec l'aide de son mari, les différents éléments composant la sphère sexuelle. Nous pensons ainsi "dépersonnaliser" ces divers éléments.

Mme BAS... découvre, pour la première fois, les possibilités contractiles de son vagin.

Elle accepte, sans réticence, la présence de son mari mais réagit par un retrait lorsque celui-ci esquisse un geste.

Elle refuse, également, à ce stade, la même expérience de visualisation sur son mari.

Nous mettons, alors, en évidence cette inhibition du toucher et le caractère phobique de sa réaction.

Nous envisageons d'entreprendre, à la séance suivante, une relaxation de type training-autogène pour les deux partenaires.

Cette relaxation préparera une désensibilisation systéma-

tique ultérieure de Mme BAS... et facilitera l'apprentissage de l'abandon, du laisser-aller concernant M. BAS... Elle vise enfin à procurer à chacun, une prise de conscience corporelle, une détente physique et psychique, et un développement de leur sensorialité.

Lorsque le couple vient consulter, Mme BAS... nous révèle que son mari a tenté un rapport sexuel. Mais contrairement à ce qui se passe d'habitude, cette esquisse s'est soldée par une importante verbalisation. M. BAS... s'est senti moins culpabilisé et Mme BAS... a pu exprimer son refus sans animosité.

La relaxation est, alors, entreprise en débutant par des expériences de perception des différents sens - goût, odeur, vue, toucher - les exercices de pesanteur leur succèdent.

Les deux conjoints présentent une induction très rapide de détente et atteignent avec facilité un état de décontraction musculaire totale.

M. et Mme BAS... émergent de leur relaxation, surpris par leur capacité de déconnexion et par les sensations nouvelles qu'ils ont éprouvées au niveau de leur corps. Des exercices semblables leur sont prescrits à raison de 5 à 10 minutes par jour.

Ces exercices de relaxation se sont avérés très efficaces sur un plan personnel et relationnel, malgré une certaine difficulté, au début, dans l'obtention de l'état de décontraction.

Ceci est mis en évidence lors de la séance suivante. La tension qui existait au niveau du couple a pratiquement disparu.

M. et Mme BAS... ont effectué leurs exercices en commun, côte à côte et cette activité partagée a contribué à leur rapprochement.

L'état de pesanteur facilement obtenu, nous poursuivons notre progression et passons aux exercices de sensation de chaleur. Celle-ci est plus longue à obtenir et demeure partielle.

Mais nous recommandons à nos patients de poursuivre leurs exercices quotidiennement.

Nous décidons, alors, de focaliser notre attention sur Mme BAS... en amorçant le stade auto-sexuel de l'exposition graduée in vivo. Celle-ci est donc invitée à se rendre, seule, à la prochaine consultation.

Nous nous attachons à faire apparaître chez Mme BAS... la conscience de sa morphologie et de sa musculature génitales en insistant sur des notions purement physiques de volume, de température et de consistance. Nous lui expliquons et prescrivons les exercices de KEGEL ainsi que des mouvements de gym-

nastique destinés à entraîner sa charnière dorso-lombaire et à lui donner, ainsi, la notion de son pouvoir vaginal.

Un massage vaginal est effectué en salle d'examen, et nous lui recommandons de le renouveler chaque soir à l'aide d'un corps gras.

Cette séance se déroule sans provoquer la moindre appréhension ni anxiété de la part de Mme BAS...

Lorsqu'elle revient nous voir, elle a déjà localisé, durant la semaine, ses zones sensibles. Nous valorisons, alors, l'acte auto-érotique et l'encourageons à poursuivre son massage. Elle nous fait part également de l'apparition d'une certaine excitation et d'une lubrification vaginale durant cet exercice.

Lors de la séance suivante, Mme BAS... nous déclare avec enthousiasme qu'elle obtient des orgasmes clitoridiens et que depuis, apparaît une très forte activité onirique érotique.

Par contre, son vagin lui semble toujours "mort" mais la lubrification est de plus en plus importante. Nous l'invitons alors à effectuer une conjonction des stimulations clitoridiennes et vaginales, et nous décidons

d'entreprendre la désensibilisation systématique afin de progresser dans le déroulement de l'exposition graduée in vivo.

Cette désensibilisation s'est déroulée en cinq séances. Elle avait pour objet d'éliminer la phobie de Mme BAS... concernant la vision et le toucher du sexe de son mari.

Nous avons établi une liste d'items progressivement anxiogènes et nous les avons présentés sous relaxation. Cette désensibilisation s'est fort bien effectuée tant que les items concernaient le sexe à l'état flacide mais il nous a fallu rechercher des items intermédiaires pour parvenir à éliminer progressivement l'angoisse provoquée par l'item du sexe en érection.

Cette désensibilisation peut paraître anormalement rapide mais nous pensons que l'ensemble des séances précédentes a joué un rôle facilitateur en éliminant déjà une partie importante de l'anxiété.

A l'issue de ces cinq séances, Mme BAS... est totalement désensibilisée sur le plan mental. Dans la réalité, elle accepte de voir son mari nu, n'hésite plus à le toucher et son sexe en érection n'entraîne pas de réaction et de répulsion.

Elle éprouve même une certaine excitation sexuelle dont témoigne la lubrification de son vagin. Par contre, elle refuse toute activité bucco-génitale.

A ce stade de la thérapie, nous prenons conscience d'avoir commis une erreur vis-à-vis de M.BAS...

En effet nous n'avons pas revu celui-ci durant plusieurs séances et nous nous sommes aperçus qu'il avait vécu cette période comme un abandon de notre part.

Sa motivation dans la poursuite du traitement s'en était ressentie. Nous aurions du, en parallèle à la désensibilisation, garder le contact avec M. BAS... Cependant le succès du traitement de la phobie de sa femme l'ayant réassuré, nous avons jugé bon de poursuivre l'exposition graduée in vivo par le stade hétéro-sexuel.

Nous avons amorcé cette phase par la communication affective telle qu'elle est décrite page 59. Une légère appréhension s'est manifestée au début puis très vite, les deux partenaires ont laissé leur main explorer le corps de l'autre, avec douceur de la part de M. BAS..., avec sensualité de la part de sa femme.

L'effleurage réciproque, visant à développer l'érogénéité du corps dans son ensemble leur fut ensuite prescrit, chaque partenaire s'efforçant d'être attentif uniquement à ses propres sensations.

Au début de la séance suivante, nous leur avons projeté un film de massage relationnel, puis nous les

avons invité l'un après l'autre à se masser. Nous leur avons fait constater que M. BAS... hésitait à appréhender le corps de sa femme tandis que celle-ci exécutait son massage d'une manière très possessive.

Dans la semaine qui suivit cet exercice, le couple eut deux rapports, décidés d'un commun accord, Mme BAS... ressentant un intense désir de pénétration. Pour la première fois, M. BAS... éjaculait au bout de plusieurs minutes tout en gardant une érection normale. La pénétration avait eu lieu après un long moment d'effleurage et de massage réciproques. Mme BAS... quant à elle, était déçue de ne rien ressentir au niveau vaginal et avait été obligée de recourir à la masturbation.

Nous avons alors centré les exercices sur la sphère génitale, après avoir projeté un film concernant la masturbation mutuelle et le Squeeze. L'un après l'autre, les deux partenaires stimulèrent progressivement leurs zones érogènes en se faisant part de leurs sensations et M. BAS... effectua le squeeze proximal. Cet exercice fut répété plusieurs fois et celui-ci fut invité à le renouveler chez lui.

A ce stade de la thérapie, tout se déroula alors

très vite. En effet, dans l'intervalle des consultations M. et Mme BAS... eurent pour la première fois de nombreux rapports bucco-génitaux et passant outre l'interdiction du coït, pratiquèrent celui-ci comme ils l'avaient appris lors du précédent film, Mme BAS... en position dominante, son mari effectuant le squeeze.

Mme BAS... nous fit part alors de l'apparition d'une sensibilité vaginale, de plus en plus forte.

Les trois séances suivantes furent consacrées à consolider et développer cet acquis en procédant par étapes successives : pénétration en position dominante de Mme BAS... puis en position latérale, enfin en décubitus.

Nous évitions toujours la recherche systématique de l'orgasme pour les deux partenaires.

Arrivés à ce stade, nous avons décidé d'un commun accord avec nos patients de suspendre la sexothérapie et nous les avons convoqués pour un bilan une dizaine de jours après.

R É S U L T A T S

Nous avons évalué les résultats de cette sexothérapie en effectuant trois entretiens avec le couple :

- le premier en post-cure immédiate,
- le second, trois mois après,
- le dernier, douze mois après la fin de la cure.

Nous avons utilisé la ligne de base de départ en la confrontant aux déclarations enregistrées de nos patients lors de ces trois entretiens.

Chaque partenaire était considéré, en outre, comme un évaluateur de l'autre.

Nous avons centré notre évaluation, tout d'abord sur le comportement sexuel individuel puis relationnel et enfin sur le lien conjugal.

En post-cure immédiate, nous obtenons les résultats suivants :

En ce qui concerne Mme BAS..., on note :

- la présence d'orgasmes clitoridiens obtenus par auto-stimulation ou masturbation effectuée par le conjoint.

- la disparition totale du comportement phobique initial.

Mme BAS... pratique sans réticence et avec plaisir la fellation et la masturbation sur son mari.

- l'élimination de toute anxiété dans le contexte actuel.

- la présence d'une lubrification abondante en phase d'excitation avec élaboration concomittante de fantasmes érotiques.

- la présence d'un plaisir orgasmique lors du coït avec contractions peri-vaginales, et d'une plénitude post-coïtale.

En fait Mme BAS..., a retrouvé un désir sexuel et une capacité orgasmique qu'elle juge personnellement très satisfaisants.

En ce qui concerne M. BAS..., on observe :

- la suppression de la séquence stéréotypée de l'acte, un développement des caresses, une recherche d'une activité érotique plus riche. Lors de l'entretien M. BAS... ne présente plus cette idée fixe de pénétration

- une éjaculation tout à fait satisfaisante pour les deux conjoints.

- la découverte d'une plénitude, d'un plaisir beaucoup plus intense lors de la relation sexuelle.

- enfin l'élimination de toute anxiété, culpabilisation et la reprise d'une confiance en lui provoquée par les réactions positives de sa femme.

En ce qui concerne le couple, sur le plan sexuel, on remarque :

- la restauration d'une communication verbale ainsi que corporelle.

Le rapprochement physique ne conduit plus systématiquement au coït.

- la prise, par les deux partenaires, de l'initiative du rapport sexuel.

Lorsqu'il y a refus de l'un ou de l'autre, celui-ci est verbalisé et commenté.

En ce qui concerne le lien conjugal, on note :

- la disparition totale de la tension intraconjugale antérieure,

- la restauration de l'affectivité,

- le développement de la communication extra-sexuelle,

- le développement des activités communes,

- un élargissement de l'autonomie de Mme BAS...

Celle-ci mène une activité régulière, extérieure à son foyer.

A l'issue de cet entretien, l'aspect positif de la cure est renforcé et le couple est alors invité à consulter dans trois, mois, à la fin des congés annuels.

Notre évaluation à moyen terme nous réserve quelques surprises.

Sur le plan sexuel, l'acquis antérieur est conservé et même développé.

Mme BAS... présente toujours un comportement satisfaisant avec des besoins sexuels qu'elle ressent de plus en plus intensément.

L'éjaculation prématurée de M. BAS... n'a pas réapparu. Cependant il y a depuis quelques temps, paradoxalement, un espacement progressif des rapports.

Sur le plan conjugal, on observe la reprise d'une certaine tension coïncidant avec le retour des vacances.

Mme BAS... fait preuve à nouveau d'une agressivité que son mari supporte difficilement. Elle nous déclare désirer une plus grande autonomie qui lui permettrait d'évoluer et place maintenant sa revendication sur un plan général.

Elle réclame un épanouissement intellectuel, culturel et affectif. Elle ressent le besoin d'une plus grande complicité dans son couple et parallèlement d'un contact social plus important. Or elle nous expose que son mari n'a pas les mêmes aspirations, qu'il en est resté à son mode de vie antérieur.

Elle le déclare incapable de suivre sa propre évolution.

"J'ai découvert ma sexualité..... C'est une première étape..... cela ne me suffit pas.... J'ai décidé de changer totalement ma manière de vivre...."

Le divorce est alors présenté, par elle-même, comme une solution possible au problème de son épanouissement.

M. BAS..., quant à lui, est décontenancé.

Tout allait bien sur le plan sexuel et voici que maintenant sa femme exprime de nouvelles revendications. Lui est satisfait de sa vie actuelle et ne ressent pas le besoin d'une plus grande autonomie. La menace de divorce brandie par sa femme le plonge à nouveau dans un état d'insécurité qui, toutefois, n'a pas encore influencé sa vie sexuelle.

Devant la présence de cette dysfonction conju-

gale due à une inégalité de maturation des deux conjoints, nous jugeons alors préférable de leur prescrire une thérapie de couple, qui permettra, au moins, une décision de séparation sur un mode non conflictuel.

Durant les six mois de cette thérapie, toute activité hétéro-sexuelle avait pratiquement cessé. Mme BAS... refusait tout rapport sous prétexte que son mari n'était pas "digne d'elle". Chacun avait alors recours à la masturbation pour soulager ses tensions sexuelles.

Il est à noter que M. BAS... accepta le refus de toute relation de la part de sa femme et qu'il ne tenta pas les "pénétrations surprises" dont il avait l'habitude avant la sexothérapie.

Tous deux passèrent par une phase dépressive puis sous l'influence de la thérapie le couple décida, d'un commun accord, de divorcer. C'est à partir de cette décision, qu'ils purent établir leur lien conjugal sur des bases différentes et qu'ils créèrent un nouveau couple.

Nous revoyons nos patients, comme il était prévu, douze mois après la fin de la sexothérapie.

La thérapie de couple est alors terminée.

Sur le plan sexuel,

Leur activité a repris à partir du moment où ils ont

décidé de divorcer.

Celle-ci se déroule sans problème et les dysfonctions sexuelles initiales n'ont pas réapparu.

Sur le plan conjugal, les deux conjoints présentent une maturation évidente et leur couple nous semble établi sur des bases affectives solides.

DISCUSSION

Au vu de nos résultats, nous examinerons les conséquences de la cure comportementale, ses indications et nous conclurons sur le caractère de la prise en charge d'une demande concernant le domaine de la sexologie.

Conséquences de la cure comportementale.

- Restitution d'une fonction sexuelle satisfaisante pour chaque partenaire.

Notre objectif n'était pas d' "exiger" la correction de l'éjaculation prématurée, et une réponse érotique positive chez Mme BAS..., mais de supprimer les obstacles s'opposant à l'accomplissement d'une fonction naturelle et de procurer à chacun la meilleure utilisation de sa sexualité selon sa propre personnalité.

Nous avons évalué nos résultats sur un plan physiologique mais aussi relationnel, tant sexuel que conjugal.

On peut nous reprocher une attitude zoomorphique mais nous pensons que le fait d'évaluer les modifications physiologiques obtenues n'enlève rien à la valeur du vécu émotionnel sous-jacent.

Nous ne nions pas, bien évidemment, la dimension affective primordiale de la rencontre sexuelle mais celle-ci ne peut

s'étayer que sur des réactions physiologiques, peut être considérées par certains comme accessoires mais nécessairement présentes.

La cure comportementale nous a donc permis d'agir, rapidement, sur la fonction sexuelle. Cependant, selon nous, d'autres facteurs ont influencé le succès de cette cure. La motivation du couple, l'attente d'un résultat positif, la qualité de la relation médecin-patient, la confiance envers le thérapeute nous ont parues essentielles au même titre que la thérapie comportementale proprement dite.

- Restitution d'une rencontre sexuelle satisfaisante.

Ce résultat est du, pour la plus grande part, à la restauration et au développement d'une communication corporelle et verbale entre chaque conjoint.

La parole a pu s'appuyer sur le vécu corporel retrouvé et a favorisé, ainsi, une communication globale et créé un nouveau climat conjugal, une meilleure compréhension de l'autre, une modification de son image.

- Apparition d'une dysfonction conjugale secondaire.

Ceci, de prime abord, apparaît paradoxal.

Nous l'expliquons par le fait que, le traitement ayant

déclenché une maturation, une autonomisation du sujet, le couple antérieur ne peut que disparaître pour se réorganiser.

Et ceci comporte des risques, à l'extrême la dissolution du lien conjugal.

Selon LEMAIRE J.G. (22 bis), il s'agit d'un phénomène courant, apparaissant :

".... lorsque l'un des partenaires ou les deux subissent une évolution maturative, traduite par une diminution des satisfactions plus ou moins régressives qu'ils tiraient de l'organisation première de leur couple".

Aurions-nous du alors débiter par une psychothérapie de type analytique, humaniste ou une thérapie de groupe à orientation communicologique telle que la décrit

E. GALACTEROS (11) ?

Il nous faut remarquer que la demande était focalisée, avec force, sur le plan sexuel fonctionnel.

Il nous paraît difficile, voire inacceptable pour un patient revendiquant un droit au plaisir légitime de supporter, encore plusieurs mois, sa déficience sexuelle.

Nous pensons que le thérapeute doit parer au plus pressé et répondre à la demande du patient au plan même où il a bien voulu la situer.

Selon TORDJMAN (38) *"il n'est pratiquement pas de disciplines médicales où le thérapeute ne prenne le risque de s'attaquer au symptôme avant même de tenter de modifier en profondeur la personnalité du patient"*.

Par ailleurs, devant l'im maturité personnelle des deux partenaires, il nous a paru souhaitable d'améliorer, en premier lieu, les individus, puis le couple.

L'étude de ce cas clinique nous permet d'esquisser les principales indications de la cure comportementale en sexologie.

Indications

Nous citerons LEMAIRE (22 bis) qui déclare que :

"Les patients se recrutent souvent parmi ceux qui n'ont reçu aucune éducation sexuelle, ni sentimentale et qui ont subi les conditionnements très pathogènes que créent continuellement les paradoxes d'une société ballottée entre des tabous ou des normes implicites contradictoires".

Et malheureusement nous estimons ce cas très fréquent.

La thérapie comportementale possède, également, un avantage temporel certain, permettant de soulager une forte tension intra et interpersonnelle.

Elle peut donc être indiquée en présence de couples ou d'individus très angoissés par leur dysfonction sexuelle.

Il est à noter que cet avantage temporel se double d'un avantage matériel pour le patient, ce qui est loin d'être négligeable dans la plupart des cas.

Nous concluons cette discussion en insistant sur la notion de complémentarité entre les deux principaux courants sexologiques exposée dans le préambule. Le cas clinique que nous avons présenté nous est apparu comme un exemple typique.

En effet, l'amélioration du comportement, favorisant une reprise de la communication, a permis des progrès ultérieurs sur le plan conjugal qui ont nécessité, alors, une intervention psychothérapique.

Cette complémentarité dans la démarche thérapeutique suppose une certaine ouverture d'esprit chez le thérapeute, notion exposée par GALACTEROS (11) :

"... Le thérapeute doit élargir sa conception de la sexualité pour ne pas être "conduit" à répondre à la variété et à la richesse des demandes par une stéréotypie technique".

C'est ainsi que, selon nous, la sexologie clinique parviendra, enfin, à obtenir sa reconnaissance scientifique.

C O N C L U S I O N S

Notre intention, dans cette étude, était de présenter l'intérêt des thérapies comportementales dans le domaine de la sexologie médicale.

Notre souci constant fut une attitude objective et impartiale, ne niant pas l'intérêt et la valeur des diverses démarches thérapeutiques existantes.

Notre travail s'est appuyé sur un cas clinique, que nous jugeons fréquent en pratique sexologique, associant dans un couple, une insuffisance sexuelle féminine globale à une éjaculation prématurée.

Notre approche de ces dysfonctions fut effectuée dans un esprit pragmatique et plus précisément comportementaliste car nous pensons que l'origine du trouble sexuel se situe souvent, et cela fut vérifié dans notre analyse, au niveau d'un apprentissage défectueux durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte.

Cette théorie de l'apprentissage considère que les comportements sont acquis par diverses modalités de conditionnement, classique, opérant, social, par imitation et information.

Nous avons esquissé un inventaire de certaines méthodes comportementales pouvant être utilisées, associées ou non, en sexologie.

Il nous a paru nécessaire de les définir avec précision dans leur contexte béhavioriste, car nous constatons que, souvent appliquées, elles ne le sont pas toujours en parfaite connaissance de cause quant à leur appartenance.

Puis nous avons présenté le déroulement de notre sexothérapie en essayant de dégager l'évolution individuelle, relationnelle et plus précisément conjugale des deux partenaires.

D'après les résultats, que nous avons tenté d'apprécier d'une manière objective, nous avons pu mettre en évidence les conséquences de la cure, à savoir une modification du comportement sexuel défectueux, dans le sens d'une satisfaction réciproque pour les deux partenaires, et ceci en un intervalle de temps relativement rapide. Par ailleurs, cette thérapie de type comportemental, en modifiant le comportement sexuel, a suscité une évolution maturative globale de chaque membre du couple. Cette évolution divergente dans un premier temps a provoqué une dysfonction conjugale qui a nécessité alors une thérapie de couple d'inspiration psychothérapique, sans que l'acquis sexuel individuel ait été remis en question.

Cet exemple nous a permis d'illustrer la notion de complémentarité qui devrait exister entre les approches opposées de la sexologie. Il nous est apparu que chaque abord pouvait avoir son indication propre à un moment précis de l'évolution des individus et du couple et permettait, par là-même, de répondre avec efficacité à la complexité des dysfonctions sexuelles.

Les thérapies comportementales, et d'une manière plus vaste, la psychologie scientifique ne sont encore utilisées, en France, que d'une façon relativement restreinte.

Il est certain que leur développement ne peut que s'accroître permettant ainsi une évaluation de plus en plus objective de leurs indications, méthodologie et résultats.

Ce développement, selon nous, ne s'effectue pas aux dépens des autres méthodes thérapeutiques mais au contraire les deux principaux courants sexologiques, de par leur originalité respective, ne peuvent que se renforcer l'un l'autre et progresser dans la recherche d'une réponse adaptée aux problèmes divers posés par la sexualité humaine.

C'est ainsi que le sexothérapeute de demain, s'il désire conserver une attitude thérapeutique, devra présenter un certain éclectisme dans sa démarche.

Le Directeur de l'U.E.R. GRANGE BLANCHE

Professeur Agrégé B. SALLE

Le Président de la Thèse

Professeur J. GUYOTAT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 24 AOUT 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard

Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BONIERBALE M.
Les Thérapies corporelles dans les dysfonctions sexuelles.
In Contraception - Fertilité - Sexualité 1977,
5, 9 : 756
- 2 - COMFORT A.
La joie du sexe.
Lattès - Paris - 1976
- 3 - COTTRAUX J.
Le flooding et ses différentes formes.
In Perspectives Psychiatriques 1977, 5, 64 : 373-382
- 4 - COTTRAUX J.
Les thérapies comportementales.
In Psychothérapies Médicales, vol. 1 - sous la direction de J. GUYOTAT - MASSON - Paris 1978
- 5 - COTTRAUX J. GAUTHIER S., BECHELLI L. de C.
Les techniques d'affirmation de soi.
Etat actuel du problème. Premiers résultats d'un travail portant sur 10 cas.
In Actualités Psychiatriques 1977, I : 1-10
- 6 - COTTRAUX J., MOLLARD E.
Le traitement comportemental des obsessions et des phobies par "immersion" (flooding).
In La Nouvelle Presse Médicale 1978, 7, 12
- 7 - CREPAULT C.
Les vicissitudes de la Sexualité masculine.
In Cahiers de Sexologie Clinique 1977, 3, 15 : 263-266
- 8 - CZYBA J.C., COSNIER J., GIROD C., LAURENT J.L.
Ontogénèse de la sexualité humaine.
Développement des appareils génitaux et du comportement sexuel.
SIMEP - VILLEURBANNE - 1974

- 9 - DODSON B.
Liberating Masturbation.
Distribué par Sensory Research.
Corp. Union N.J. 1972
- 10 - FISHER S.
Understanding the female orgasm.
Bantam Books, New York, 1973
- 11 - GALACTEROS E.
Orientation communicologique du traitement en groupe des couples atteints de dysharmonies ou de dysfonctions sexuelles.
In Cahiers de Sexologie Clinique 1978, 4, 20 : 125-155
- 12 - GRANGER L.
Dysfonctionnements sexuels.
Principes et applications des thérapies comportementales.
In Thérapies Comportementales - LADOUCEUR, BOUCHARD, GRANGER MALOINE - PARIS - 1977
- 13 - GUILLERM E.
Le sexe épanoui
Ed. de la Pensée Moderne - PARIS - 1976
- 14 - GUYOTAT J.
Le fait psychothérapique et ses conceptions.
In Psychothérapies Médicales, vol. 1, sous la direction de J. GUYOTAT.
MASSON - PARIS - 1978
- 15 - HITE S.
Le rapport Hite
R. LAFFONT - PARIS - 1977
- 16 - KAHN-NATHAN J.
Que faire devant.... une dysharmonie sexuelle.
MASSON - PARIS - 1976

- 17 - KAPLAN H.S.
The new sex therapy.
BRUNNER/MAZEL New York - 1974
- 18 - KAPLAN H.S.
The illustrated manual of sex therapy
Souvenir Press, New York, 1975
- 19 - KEGEL A.
Sexual functions of the pubo-coccygeus muscle.
W. J. of Surg. Obst. et Gyn. 1952, 60 : 521
- 20 - KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN C.E.
Le comportement sexuel de l'homme.
PAVOIS - PARIS - 1948
- 21 - KINSEY A.C.
Le comportement sexuel de la femme.
AMIOT DUMONT - PARIS - 1954
- 22 - LECLAIRE S.
Psychanalyser.
LE SEUIL - PARIS - 1968
- 22 bis - LEMAIRE J.G.
Les Thérapies du couple.
PAYOT - PARIS - 1971
- 23 - LOBROT M.
Les groupes d'épanouissement corporel au service
de la thérapie sexuelle.
In Cahiers de Sexologie Clinique 1977, 3, 15 : 292-294
- 24 - LO PICCOLO J., LOBITZ W.C.
The role of masturbation in the treatment of organic dysfunction.
Arch. of. Sex. Beh. 1972, 2 : 163-171
- 25 - LO PICCOLO J.
Direct treatment of sexual dysfunction.
In Handbook of sexology.
ASP Biological et Medical Press - AMSTERDAM 1975

- 26 - MARKS I.
The current status of behavioral psychotherapy theory
and practice.
Am. J. Psychiatry 1976, 3 : 133
- 27 - MARKS I.
Management of sexual disorders.
In Handbok of behavior modification and behavior therapy.
Prentice Hall 1977
- 28 - MASTERS W., JOHNSON V.
Les réactions sexuelles.
R. LAFFONT - PARIS - 1968
- 29 - MASTERS W., JOHNSON V.
Les Mésententes sexuelles et leur traitement.
R. LAFFONT - PARIS - 1971
- 30 - PASINI W.
Les nouvelles thérapies sexuelles et les "Sex
clinics".
In introduction à la sexologie médicale ABRAHAM J.,
PASINI W.
PAYOT - PARIS - 1975
- 31 - PASINI W.
La sexothérapie en 1975.
in Revue Dialogues 1976 : 11-18
- 32 - PAVLOV I.
Réflexes conditionnels et inhibitions.
GONTHIER - PARIS - 1963
- 33 - SCHULTZ J.H.
Le Training autogène.
Tr. Fr. de DURAND de BOUSINGEN
P.U.F. - PARIS - 1974
- 34 - SEMANS J.H.
Premature ejaculation : a new approach.
Southern. Med. Jour. 1956, 49 : 353-358

- 35 - SERBER M.
La rééducation sexuelle.
in Modification du comportement en milieu clinique
et en éducation.
TRUDEU G., LAMONTAGNE Y.
L'association des Spécialistes en modification du
comportement.
MONTREAL 1975, 39, 47
- 36 - SKINNER B.F.
L'analyse expérimentale du comportement.
DESSART - BRUXELLES - 1971
- 37 - TORDJMAN G.
Réalités et problèmes de la vie sexuelle.
HACHETTE - PARIS - 1975
- 38 - TORDJMAN G.
La frigidité féminine et son traitement.
CASTERMAN - PARIS - 1976
- 39 - WATSON J.
Le Behaviorisme - 1925
Ed. Française CEPL - PARIS - 1972
- 40 - WOLPE J.
Pratique de la thérapie comportementale.
Tr. Fr. du Docteur ROGNANT
MASSON - PARIS - 1975
- 41 - ZWANG G., ROMIEU A.
Précis de thérapeutique sexologique.
MALOINE - PARIS - 1974

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	1
ESSAI DE THEORISATION SUR LES PRINCIPALES METHODES COMPORTEMENTALES UTILISEES DANS LE CADRE DE CETTE SEXOTHERAPIE.....	5
- LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES.....	6
- ÉTUDE COMPORTEMENTALE DE L'ÉJACULATION PREMATURÉE.....	16
- ÉTUDE COMPORTEMENTALE DE L'INSUFFISANCE SEXUELLE GLOBALE FÉMININE	22
- PRINCIPALES TECHNIQUES UTILISÉES.....	30
ANALYSE D'UN CAS CLINIQUE PERSONNEL.....	75
- PRÉSENTATION DU COUPLE.....	76
- PROTOCOLE.....	87
- DÉROULEMENT DE LA CURE.....	92
- RÉSULTATS.....	113
CONCLUSIONS.....	126
BIBLIOGRAPHIE.....	130



